Malika LADJALI

- Centre de Documentation -
O. P. U.
29, Rue Abou Nouas
HYDRA
ne peut être ni vendu, ni cédé

L'ESPACEMENT DES NAISSANCES DANS UN PAYS DU TIERS-MONDE

L'EXPERIENCE ALGERIENNE

OFFICE DES PUBLICATIONS UNIVERSITAIRES
1, Place Centrale de Ben Aknoun (Alger)

Ce livre est dédié à Hassiba d'Alger, Khadra de Sétif, Djamila de Annaba, Khadidja de Chlef, Ghenima de Larbaa Nath Iraten, Farida d'Oran, Zohra de Béchar, Fadila de Timimoun, et tant d'autres qui accomplissent dans l'anonymat de l'effort un travail où j'ai puisé le support technique et moral sans lequel cet ouvrage n'aurait jamais vu le jour.

Cette étude a été effectuée au Ministère de la Santé, au sein de l'Institut National de Santé Publique, avec l'aide d'organisations des Nations-Unies, du Ministère de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, et du Centre International de l'Enfance à Paris.

Ma reconnaissance s'adresse à tous ceux qui m'ont aidée, et tout particulièrement au Professeur Jeanine Nadjia Belkhodja.

L'affection et l'amitié que je porte à Annie, Hassina, Latifa, Nadjia me dispensent à coup sûr de dire ici tout ce que je leur dois.

© OFFICE DES PUBLICATIONS UNIVERSITAIRES
1, place Centrale de Ben-Aknoun, Alger.

Edition n° 1403 —— 10 —— 85

TABLE DES MATIERES

Remerciements 3
Avant-Propos 9
Abréviations utilisées dans cet ouvrage 10

CHAPITRE I

INTRODUCTION 11

1. — Pourquoi l'espacement des naissances ? 11
2. — Organisation de l'espacement des naissances en Algérie. 16

CHAPITRE II

L'EXPERIENCE ALGERIENNE DE FORMATION DES PERSONNELS DE SANTE POUR L'ESPACEMENT DES NAISSANCES 21

1. — Choix de la catégorie de personnes à former : pourquoi les sages-femmes ? 21
2. — Les objectifs de la formation 25
3. — Les modalités du recyclage 28
4. — Evaluation des sessions de recyclage 31
5. — Evaluation à terme de l'efficacité du système 49
6. — Discussion générale 55

CHAPITRE III

EVALUATION DES ACTIVITES D'ESPACEMENT DES NAISSANCES DE 1975 A 1979 : ASPECT QUANTITATIF 61

1. — Les sources d'information 62
2. — Résultats 66
3. — Commentaires et discussion 73

CHAPITRE IV

EVALUATION DES ACTIVITES D'ESPACEMENT DES NAISSANCES DE 1975 A 1979 : ASPECT QUALITATIF 81

1. — Introduction 81
2. — Méthodes 81
3. — Résultats et commentaires 87

CHAPITRE V

LES LIMITES D'UNE POLITIQUE D'ESPACEMENT DES NAISSANCES 103

1. — Introduction 103
2. — Facteurs culturels et religieux 105
3. — Statut social de la femme 111
4. — Conclusion 125

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS GENERALES 127

1. — Espacement des naissances et politiques de population. 127
2. — L'espacement des naissances dans la société 128
3. — Amélioration des prestations d'espacement des naissances à la population 130

Bibliographie 135

ANNEXES

Annexe 1 : Opinion du Conseil Supérieur Islamique sur la limitation des naissances 145

Annexe 2 : Extraits des Résolutions du IVème Congrès du F.L.N... 147

Annexe 3 : Extraits des Résolutions sur la Santé adoptées par le Comité Central du Parti du F.L.N. - 31 décembre 1980 . 149

Annexe 4 : Programme de recyclage en espacement des naissances (session courte) 150

Annexe 5 : Test 155

Annexe 6 : Questionnaire de l'enquête sur la formation 161

Annexe 7 : La fiche individuelle 163
Annexe 8 : La fiche répertoire 164
Annexe 9 : Le dossier individuel 165
Annexe 10 : Le registre de consultation 167
Annexe 11 : Le rapport trimestriel d'activités 168
Annexe 12 : Au Conseil des Ministres : Un programme national d'espacement des naissances "El-Moudjahid" du 21-2-1983 169
Annexe 13 : Extraits du Code de la Santé Publique 170
Annexe 14 : Ministère de la Planification et de l'Aménagement du Territoire : code des catégories socio-professionnelles..... 172

AVANT-PROPOS

Comme dans tous les pays en développement, à forte natalité, les services de santé algériens ont eu à s'interroger sur l'espacement des naissances. En Algérie, diverses enquêtes, dont celles de l'Association Algérienne pour la Recherche Démographique et Sociale, organisme technique dépendant du Ministère de la Planification, ont souligné certaines conséquences d'une démographie "galopante". Dès 1974, le Ministère de la Santé a tenté une réponse, sous forme de prestations d'espacement des naissances, intégrées à la protection maternelle et infantile. L'option d'intégration reposait à l'origine sur le principe de la protection de la santé des personnes les plus immédiatement concernées par cette action : les femmes et les enfants.

La mise en place de ce programme nous a été confiée, en tant que responsable du Bureau Central de Protection Maternelle et Infantile. Pour le réaliser, nous avons organisé une formation en cours d'emploi des personnels de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.) à même d'assurer sur le terrain cette nouvelle activité.

Dans cet ouvrage, qui puise ses éléments d'une thèse de Doctorat en Sciences Médicales, nous nous proposons d'évaluer les résultats de cette formation et les prestations fournies à la population.*

Des questions nouvelles sont alors soulevées, qui nous conduisent à envisager des améliorations possibles, sur le plan technique. La nécessité de replacer la contraception dans un contexte socio-culturel particulier nous a amenée à avancer des réflexions sur le statut social des femmes, en raison du caractère fondamentalement social de l'espacement des naissances.

---

* "L'espacement des naissances en Algérie", thèse présentée par le Docteur Malika Ladjali en vue d'obtenir le grade de Docteur en Sciences Médicales, Alger, 1980.

ABREVIATIONS UTILISEES DANS CET OUVRAGE.

AARDES : Association Algérienne pour la Recherche Démographique et Sociale.

APC : Assemblée Populaire Communale.

APW : Assemblée Populaire de Wilaya (préfecture).

APN : Assemblée Populaire Nationale.

EN : Espacement des naissances.

PMI : Protection Maternelle et Infantile (soit le système, soit les lieux de consultation, en fonction du contexte).

BCPMI : Bureau Central de Protection Maternelle et Infantile.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

INSP : Institut National de Santé Publique.

AMSP : Adjoint Médical de Santé Publique.

DIU : Dispositif intra-utérin.

ITSP : Institut de Technologie de la Santé Publique.

CO : Contraceptifs oraux, ou contraception orale.

ITPEA : Institut de Technologie de Planification et d'Economie Appliquée.

UNFA : Union Nationale des Femmes Algériennes.

FLN : Front de Libération National.

1. – POURQUOI L'ESPACEMENT DES NAISSANCES ?

Selon les estimations actuelles, la population mondiale, à la fin du siècle, doublera et atteindra près de 6 milliards de personnes. Pour les seuls pays en voie de développement, les démographes avancent le chiffre de 4 milliards 600 millions d'êtres humains en l'an 2000. En effet, près de 90% de l'accroissement de la population se réalise dans les régions les plus pauvres du globe où réside 90% de l'espèce humaine.

Ces données constituent une première délimitation du champ dans lequel se déploie nécessairement une politique d'espacement des naissances ; champ qui s'organise autour des impératifs démographiques, économiques et sociaux, culturels et, naturellement, médicaux.

1.1. — IMPERATIFS DEMOGRAPHIQUES.

Les effets de l'accroissement rapide de la population sont devenus un sujet de préoccupations depuis relativement peu d'années. Certes, dans certains pays industrialisés, le taux de natalité a commencé à décliner depuis un siècle, peu de temps d'ailleurs après que le taux de mortalité ait commencé à baisser. Par contre, en Asie, en Afrique et en Amérique Latine, le problème de l'accroissement démographique se pose avec beaucoup d'acuité.

En Algérie, l'estimation de la population résidente est de 19.535.560 au 1er janvier 1982, d'après le Ministère de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (61). Il faut ajouter à ce chiffre 1.000.000 d'Algériens environ vivant à l'étranger.

Le taux brut de natalité et de 43,4%° pour 1981. Le taux d'accroissement naturel est de 32,3%°. L'augmentation annuelle de la population résidente qui était de 431.000 de 1967 à 1970, atteint 597.000 en 1980. (Pour cette même année, 90,27% des naissances

étaient le fait de femmes illettrées et 60% des enfants naissaient chez des parents tous deux illettrés). L'accroissement naturel pourrait atteindre 1.071.000 personnes en l'an 2000.

Les indicateurs de fécondité restent révélateurs quant à l'accroissement démographique. En effet, la descendance finale par femme, si elle représentait 7,9 en 1970 reste encore à 6,9 pour 1981. Le taux global de fécondité, quant à lui, passe de 240‰ en 1970 à 198,2‰ en 1981.

La mortalité infantile, malgré sa réduction sensible (115‰ en 1978) reste encore élevée : 98,5‰ en 1981, alors que dans les pays médicalement développés, ce taux ne dépasse jamais 20‰. En 1981, 38,4% de l'ensemble des décès enregistrés proviennent des décès d'enfants âgés de moins d'une année.

Or, toutes les données d'expérience indiquent que la diminution de la natalité suit obligatoirement une évolution identique à celle de la mortalité.

En conclusion, la population algérienne est caractérisée par son extrême jeunesse : en 1982, les moins de 20 ans représentent 57,3% de la population totale, tandis que 46,2% des sujets ont moins de 15 ans. Son taux d'accroissement est extrêmement élevé. Les projections retenues par le Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire donneraient une population résidente en Algérie de 34,5 millions d'habitants en l'an 2000.

Cette éventualité signifie que les services de santé devront prendre en charge plus d'un million de naissances pour cette même année; 9.040.000 enfants devront être scolarisés. Cette poussée, unique dans l'histoire de la démographie algérienne, se traduit donc par une forte multiplication des besoins fondamentaux que la collectivité doit satisfaire. Si les ressources financières proviennent pour 60% environ des produits de la fiscalité pétrolière, pour l'horizon 2000 elles devront essentiellement être le fait de l'appareil économique dans son ensemble (83). En matière d'habitat, c'est un rythme annuel de réalisation de 246.000 logements qui serait requis pour satisfaire la demande d'habitat pour l'an 2000, alors que l'objectif pour 1982 était de 100.000.

L'accroissement démographique, sans être la cause de tous les maux, induit fortement les besoins de santé, de scolarité, d'habitat et d'emplois pour l'an 2000.

1.2. — IMPERATIFS SOCIAUX ET MEDICAUX

Selon la Constitution, "La famille est la cellule de base de la société. Elle bénéficie de la protection de l'Etat et de la société. L'Etat protège la maternité, l'enfance, la jeunesse et la vieillesse par une politique et des institutions appropriées" (Article 65).

Pour les mères et les enfants, les problèmes sanitaires prioritaires sont la malnutrition, les infections, une fécondité non réglée, associées à des conditions socio-économiques non satisfaisantes. Afin d'évaluer l'intérêt d'une politique d'espacement des naissances (E.N.), il faut considérer les inconvénients d'une fécondité excessive.

1.2.1. — Les effets néfastes d'une fécondité excessive.

De nombreuses corrélations, scientifiquement prouvées, existent entre la taille de la famille, la mortalité et la morbidité.

a) sur la mère.

En 1979, dans notre pays, 60% des accouchements ont encore lieu à domicile. Aussi, la mortalité maternelle est-elle difficile à évaluer. L'étude de cette mortalité selon les âges montre qu'elle est plus importante chez les femmes aux pôles de la période de fécondité : entre 15 et 25 ans et entre 35 et 40 ans. Sur 97.800 accouchements effectués dans 16 wilayate, la mortalité maternelle atteignait, en 1972, 3,5‰ des femmes hospitalisées en service de maternité. A titre de comparaison, et pour la même année, elle ne dépassait pas 0,6‰ à Cuba (75).

Les grossesses et les accouchements entraînent une morbidité maternelle importante telles que ruptures utérines, hémorragies, avortements, anémies, aggravation des conséquences de la malnutrition, de l'hypertension, du diabète ou d'autres affections. Ces complications se retrouvent plus fréquemment chez la grande multipare.

Les principales causes de morbidité hospitalière ont été établies pour 1972 sur 100.000 femmes hospitalisées. Sur ces 100.000 hospitalisations, un fort pourcentage est motivé par les complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum : Le 1 / 5e avant 20 ans, le 1 / 3 de 20 à 44 ans, et 10% encore après 45 ans.

Enfin, bien que cela soit difficile à chiffrer, il est incontestable que trop de mères sont prématurément vieillies et voient leur santé définitivement compromise par de trop nombreuses grossesses.

b) sur les enfants

La mortalité infantile décline si les naissances sont plus espacées (29). Les chances de survie (à l'exception du premier enfant) sont plus grandes quand l'intervalle génésique est grand. Ainsi, une étude sur 1.000 décès d'enfants aux Indes a montré un pourcentage de décès égal à 13% pour le 1er enfant, 5% pour le 2e, 16% pour le 6e et plus de 25% à partir du 10e. En Algérie, la mortalité infantile est estimée à 98,5‰ en 1981, alors qu'elle était de 15‰ à Cuba en 1976.

Les facteurs de mortalité infantile sont, parmi d'autres : (55).

— le faible poids de naissance et la prématurité : facteurs de mortalité et de future morbidité, ils sont prédominants chez les enfants nés de grandes multipares ;

— on a démontré également que la mortalité infantile diminue lorsque le niveau d'instruction de la mère augmente ;

— la malnutrition est plus fréquente chez les familles nombreuses ; elle est en fait la cause déterminante des taux de mortalité élevés ; un enfant, lorsqu'il naît peu de temps après un autre, débute mal dans la vie parce que sa mère est sous-alimentée ; d'autre part, lorsqu'il est remplacé au sein par son cadet, il arrive souvent qu'il n'y ait pas d'aliments de substitution adéquats ; ainsi survient la malnutrition avec son cortège de maladies greffées ou aggravées : rougeole, coqueluche, déshydratation, et autres.

— enfin, l'âge de la mère : la mortalité infantile est plus élevée chez les enfants de femmes de moins de 20 ans et de plus de 35 ans, que chez les autres groupes d'âge.

c) sur la famille.

Lorsque l'intervalle entre les naissances est trop court, la mère n'est plus suffisamment disponible pour les enfants en bas âge. Considérons les familles comportant des enfants de moins de cinq ans, donc très dépendants de leur mère : quand l'intervalle est de 34 mois, la famille n'en comporte que deux ; quand l'intervalle est de 17 mois, on a 4 à 5 enfants de moins de 5 ans, d'où une carence en soins maternels, aussi bien en lait, en alimentation, qu'en affection. Par ailleurs, les difficultés de comportement des enfants non désirés sont extrêmement fréquentes.

Les derniers facteurs présentés montrent, si besoin est, le poids des conditions sociales vécues par la mère. Des problèmes tels que les fortes mortalités infantiles et maternelles, la fécondité excessive, s'ils viennent à être posés dans le domaine médical, ne peuvent être analysés et résolus par la seule médicalisation.

1.2.2. — Avantages et buts de l'espacement des naissances.

Les effets bénéfiques d'un espacement des naissances sont donc démontrés. Ils assurent dans certains cas la survie de la mère et de l'enfant ; lorsque l'intervalle intergénésique est grand, la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles diminuent. L'espacement des naissances améliore le développement physique et intellectuel de l'enfant, il garantit la santé de la mère, parfois même sa vie. En favorisant le bien-être familial, l'espacement des naissances s'articule à un développement économique et social (47).

Les buts de l'espacement des naissances sont :

- éviter les grossesses non désirées et favoriser les grossesses voulues ;

- modifier le nombre total des enfants d'une même femme ;

- assurer un intervalle optimum entre les grossesses ;

- prévenir les avortements et les abandons d'enfants.

2. — ORGANISATION DE L'ESPACEMENT DES NAISSANCES EN ALGERIE.

2.1. — HISTORIQUE DE L'ESPACEMENT DES NAISSANCES — EVOLUTION POLITIQUE.

2.1.1. — Avant 1974.

Les services de santé algériens ont eu à s'interroger sur l'espacement des naissances sur la base d'une demande de la population révélée par le Secrétariat d'Etat au Plan (enquête de l'Association Algérienne pour la Recherche Démographique et Sociale — 1966). Il est intéressant de mentionner ici quelques-uns des résultats de cette enquête.

En ville, 44,5% des femmes et 65% des hommes connaissent au moins une méthode contraceptive. A la campagne, ces pourcentages s'abaissent à 15% pour les femmes et 30% pour les hommes. D'autre part, un désir de planification apparaît avec l'augmentation du niveau de vie, ainsi que le niveau d'instruction (1).

En 1967, le premier centre algérien d'espacement des naissances est inauguré, à Alger, en présence des Ministres de la Santé Publique et de l'Education Nationale. En 1969, les centres d'Oran et de Constantine sont créés, mais leur activité cessera au bout de deux années.

En 1968, le Conseil Supérieur Islamique, saisi par le Ministère de la Santé, a émis une opinion à ce sujet (annexe 1).

2.1.2. — 1974-1982 : Le programme national d'espacement des naissances.

Après une étude de faisabilité à laquelle a contribué l'Organisation Mondiale de la Santé, il avait été envisagé de créer quelques centres d'espacement des naissances : sept, puis onze. Mais la demande populaire a été telle qu'il a fallu développer un programme beaucoup plus large, programme qui a été à la charge des services de protection maternelle et infantile.

Le 4e Congrès du Parti FLN (cf. annexe 2), puis le Comité Central, en décembre 1980 (cf. annexe 3), ont donné des orientations pour le développement de ce programme.

Ce programme est exposé plus loin : il reposait essentiellement sur l'acquisition de compétences par les personnels et sur l'approvisionnement des structures concernées.

La période 1974-1980 sera décrite en détail, parce qu'elle a été rigoureusement évaluée, dans les chapitres II, III et IV de ce travail.

2.1.3. — 1983 : Le programme d'action gouvernemental.

Un comité interministériel, chargé de l'étude et de l'élaboration d'un programme d'action en vue de la maîtrise de la croissance démographique est créé en novembre 1982 par le Premier Ministre, et placé sous l'égide de la Secrétaire d'Etat aux Affaires Sociales. Ce comité a présenté, en janvier 1983, un rapport comportant un programme d'action, s'articulant autour de trois axes (83).

"A — Le développement des infrastructures de base et l'organisation matérielle devant servir de support aux prestations en matière d'espacement des naissances.

B — Les actions d'information, d'éducation et de sensibilisation destinées à entraîner l'adhésion consciente des populations les plus larges, et notamment rurales, à l'objectif de maîtrise de la fécondité.

C — L'organisation des activités d'étude et de recherche fondamentale et appliquée sur les déterminants de la croissance démographique et des relations qu'ils entretiennent avec le développement social et économique, et ce, afin d'aboutir à la définition et à la mise en œuvre de politiques de population intégrées au plan national de développement".

Le Conseil interministériel de février 1983 a défini avec précision les tâches des ministères concernés par ce programme.

2.2. — QUELQUES ASPECTS DU PROBLEME RELIGIEUX.

L'Islam est sans doute l'une des religions qui s'intéresse le plus aux structures de la famille. Mais on sait que l'aire géographique de cette religion recouvre des aires géographiques de cultures différentes. Cela explique sans doute que des positions dogmatiques différentes sur le sujet aient pu être exposées à la Conférence Islamique de Rabat, en 1971 (39).

Il est admis que les textes n'insistent pas, comme le fait l'Ancien Testament, sur le devoir de la procréation. Dans la sourate de la Caverne, il est dit : *"Les richesses et les enfants sont les ornements de la vie du monde ; mais les choses qui restent, les bonnes œuvres, produiront plus auprès de ton Supérieur comme récompense et comme espérance"*. Un moyen d'empêcher la grossesse, l' "azl" (coïtus interruptus) était reconnu à l'époque du Prophète. Plusieurs hadiths autorisent à y avoir recours.

Certains pays musulmans ont montré une attitude pragmatique vis à vis de ce problème, d'autres, une approche plus restrictive. Les autorités religieuses ont donné des directives aux fidèles à travers les "fatwas" ou décrets. Pour ne citer que quelques cas : en 1953, l'Université d'El Azhar confirmait que la religion "n'interdisait pas de recourir temporairement à la médecine pour éviter une grossesse, particulièrement si des grossesses répétées ont affaibli les femmes qui n'ont pu bénéficier d'intervalles suffisants pour se reposer".

En 1961, c'est au tour de la Turquie de prendre la même décision, suivie de la Jordanie en 1964. En Tunisie, le Président Bourguiba devait dire :*"Notre religion n'y fait pas obstacle, ... ce qui pèse, ce qui s'oppose à notre politique, c'est la misère, l'arriération..."* (Ce qui n'empêche pas une femme tunisienne de déclarer, dans "La Presse" de Tunis, en 1963 : *"Si Dieu veut que j'aie beaucoup d'enfants, j'en aurai, et s'il a créé les enfants, il créera aussi le pain pour les nourrir !"*).

En Algérie, en 1968, une fatwa était préparée par le Conseil Supérieur Islamique (annexe 1). En 1982, une seconde fatwa est préparée dans le cadre de l'action gouvernementale pour l'organisation de l'espacement des naissances.

En conclusion, on peut supposer que l'espacement des naissances, pratiqué au niveau familial, n'affecterait pas les principes religieux de l'Islam, puisqu'il vise à sauvegarder la santé de la mère, et partant, celle de l'enfant.

2.3. — ASPECTS OPERATIONNELS.

L'originalité du programme algérien réside dans :

— l'intégration totale de l'espacement des naissances à la protection maternelle et infantile,

— la participation des sages-femmes et du personnel paramédical à ce programme.

Les raisons de ce choix sont développées plus longuement dans le chapitre II de ce travail.

En 1974 donc, alors que fonctionne un seul centre d'espacement des naissances, à Alger, le programme national est lancé. Cinq ans plus tard, en avril 1980, ce programme est appliqué par 260 centres de PMI / EN répartis à travers tout le territoire. L'évaluation des activités accomplies en ce domaine fera l'objet des chapitres III et IV.

Intégré à la protection maternelle et infantile, l'espacement des naissances est plus facilement accepté, banalisé en quelque sorte parmi les prestations sanitaires qui contribuent à la santé de la famille. Les sages-femmes sont les agents les plus aptes à assurer ces prestations : leur relation avec les femmes est quasiment de caractère familial, alors que le médecin est souvent lié au sentiment de maladie et donc de malheur. L'espacement des naissances relève du normal et non du pathologique : le processus est mieux accepté quand il est disjoint de la pathologie, apanage des médecins. Encore fallait-il que les sages-femmes soient soigneusement préparées à leur rôle. Des "recyclages", périodes de formation spécifique pendant l'activité professionnelle, ont été instaurés à cet effet.

Ceux-ci seront décrits par la suite ; il est cependant intéressant de souligner ici l'évolution de ces recyclages.

De 1974 à 1980, la formation des sages-femmes à l'espacement des naissances a été accomplie par un recyclage en cours d'emploi, dont le domaine recouvrait toutes les activités de protection maternelle et infantile. Ces sessions duraient un mois, se déroulaient à Alger, dans la capitale. Elles réunissaient des participantes de tout le pays. Les résultats de ces sessions ont été évalués dans ce travail.

Depuis 1983, une nouvelle formule a été mise au point, celle des "mini-recyclages". D'abord essayée à Alger, cette session dure une semaine et recouvre spécifiquement les domaines de l'espacement des naissances. Les mini-recyclages ont été rapidement décentralisés dans toutes les wilayate et adoptés par les secteurs sanitaires. Le personnel déjà "recyclé" sert de base à ce programme. L'évaluation immédiate en est positive, il reste à en faire l'évaluation à moyen et long terme. C'est pourquoi il en sera fait mention seulement, brièvement, dans le chapitre II.

L'EXPERIENCE ALGERIENNE DE FORMATION DES PERSONNELS DE SANTE POUR L'ESPACEMENT DES NAISSANCES

1. — CHOIX DE LA CATEGORIE DE PERSONNES A FORMER : POURQUOI LES SAGES-FEMMES ?

L'originalité du programme algérien d'EN est, d'une part, d'être intégré à la protection maternelle et infantile, et, d'autre part, de reposer presqu'exclusivement sur le personnel paramédical, en particulier les sages-femmes. Plusieurs raisons ont guidé ce choix : la répartition et la composition du corps médical, les avantages présentés par l'intégration des activités d'espacement des naissances à celles de PMI, enfin, le profil de formation et la personnalité de la sage-femme.

1.1. — LA REPARTITION ET LA COMPOSITION DU CORPS MEDICAL.

Le corps médical en Algérie comportait, au 1-4-1979 : 4.362 médecins algériens et 1.994 médecins étrangers (60). Une brève analyse va montrer qu'on ne peut compter exclusivement sur eux pour assurer l'espacement des naissances sur tout le territoire.

En principe, tous les médecins devraient participer à un programme national d'espacement des naissances, puisque tous sont des prescripteurs potentiels des méthodes contraceptives. Dans la réalité, cela n'est pas possible, d'une part en raison de leur formation insuffisante dans ce domaine, d'autre part, en raison de leur répartition.

La formation en cours d'études est insuffisante parce qu'elle n'est pas systématisée et ne prépare pas directement à l'application d'un programme national. Cette formation devrait être envisagée de façon

systématique pendant l'enseignement soit de gynécologie-obstétrique, soit de médecine sociale, soit pendant le stage interné. En attendant ces modifications aux programmes actuels, la formation pourrait être améliorée par un enseignement post-universitaire. L'ébauche de ce complément de formation a débuté en 1980 : participation des médecins de santé publique disponibles aux sessions de recyclage organisées à l'Institut National de Santé Publique (INSP), Journées d'Etudes Nationales réservées aux médecins et organisées avec le concours de l'OMS (juin 1980), Table ronde pendant les Journées d'Enseignement Post-Universitaires (avril 1980).

La formation des médecins serait-elle parfaite que leur participation à un programme national n'en serait pas assurée pour autant, en raison de leur répartition sur le territoire national. Qu'ils appartiennent au secteur public ou privé, 73% d'entre eux exercent à Alger, Oran et Constantine, où résident 19,7% de la population. En conséquence, 27% seulement des médecins algériens (soit 1.17 sont disponibles pour assurer les différentes prestations sanitaires à 80,3% de la population (soit environ 14.500.000 personnes). Les médecins algériens ne peuvent donc prendre en charge à eux seuls le programme d'espacement des naissances, qui lui même ne représente qu'une fraction des actions sanitaires indispensables à ces millions de personnes.

1.1.2. — Les médecins étrangers.

Les médecins étrangers, au nombre de 1.994 en 1979, appartiennent à une trentaine de nationalités différentes et exercent dans l'intérieur du pays avec des contrats de durée limitée (1,5 à 3 ans) rarement renouvelés. Leur communication avec la population est difficile pour des raisons de langue : c'est un handicap sérieux en matière d'espacement des naissances, domaine où la sécurisation des consultantes doit être totale. D'autre part, l'EN est une œuvre de longue haleine, et la courte durée des contrats de coopération ne permet pas l'établissement de programmes à moyen et à long terme.

1.1.3. — Les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.

Les obstétriciens gynécologues algériens sont peu nombreux : 48 au 1-4-1979 (60). Leurs activités cliniques comportent entre autre les pratiques de la contraception.

Ils sont principalement affectés dans les secteurs sanitaires universitaires d'Alger, Oran et Constantine, où aux tâches cliniques s'ajoutent les tâches d'enseignement et de recherche : le temps qu'ils peuvent consacrer à l'EN diminue en conséquence.

En conclusion, si l'on veut une programmation rationnelle d'EN, et si on considère l'importance des besoins à couvrir dans tout le pays, il est nécessaire d'y associer le personnel paramédical, principalement les sages-femmes, et de l'intégrer dans des structures sanitaires couvrant l'ensemble du territoire, c'est-à-dire les PMI.

1.2. — LES AVANTAGES PRESENTES PAR L'INTEGRATION DES ACTIVITES D'EN A LA PMI.

L'intégration de l'EN à la PMI présente théoriquement plusieurs avantages, puisque l'EN et la PMI ont le même objectif : protéger la santé des mères et des enfants. Il est donc rationnel de les situer dans les mêmes structures.

La PMI est un lieu privilégié : des femmes et des enfants y viennent consulter ; des femmes s'y rencontrent et peuvent être informées par du personnel compétent.

En intégrant l'EN à la PMI, on recherche aussi une optimisation des moyens, en utilisant un même personnel pour assurer plusieurs activités : vaccinations, surveillance pré-et post-natale, EN. En effet, le personnel s'adresse à l'individu, à sa santé de façon globale, rapportée à sa place dans la famille et dans la société. Dès lors, l'espacement des naissances s'intègre aux activités de la PMI et à la relation établie entre l'équipe sanitaire et la population, sans se présenter comme une intervention localisée et médicalisée sur la seule fonction de reproduction. De plus, les moyens en équipement et les ressources en fournitures peuvent être utilisés avec un maximum d'efficacité.

Dans la pratique, il arrive que les avantages ci-dessus décrits ne soient pas tous rassemblés. Si les activités de PMI sont peu nombreuses, les activités d'EN le seront également. Si les demandes sont trop nombreuses en EN, les autres activités de PMI peuvent en pâtir. L'intégration des activités d'EN à la PMI est logique, mais sa réalisation nécessite parfois des ajustements ponctuels.

1.3. — LE PROFIL DE FORMATION ET LA PERSONNALITE DE LA SAGE-FEMME.

Dans la plupart des pays, la responsabilité de la mise au monde des enfants appartient à la sage-femme. Comparées à celles de l'obstétrique, les techniques de la contraception sont d'une relative simplicité. Les premières activités de planning familial aux USA et en Angleterre ont été réalisées par des sages-femmes et des infirmières. Dans la formation de base de la sage-femme, des stages sur le terrain, dans les PMI, sont inscrits au programme. A la fin de sa formation, la sage-femme peut accomplir une gamme étendue et variée de tâches. En conséquence, il y a des avantages certains à utiliser la sage-femme de PMI dans les activités d'EN (35).

Elle établit avec la consultante une relation de femme à femme. La sage-femme jouit en effet de la confiance des mères. Celles-ci confient plus volontiers à la sage-femme, qui a suivi leurs grossesses et les a souvent accouchées, leurs problèmes de contraception.

Elle est une personnalité familière, rassurante, patiente quand elle assiste ses clientes. Ses relations avec elles sont de type quasi familial. Elle intervient sur un registre de rapports normaux avec son interlocutrice : accouchement, maîtrise de sa fécondité, alors que le médecin est vécu comme lié à l'idée de pathologie. L'EN relève du normal et non du pathologique : il vaut mieux démédicaliser ce processus pour entraîner plus facilement l'adhésion de la population concernée. Enfin, aux yeux du public, la disponibilité de la sage-femme et de l'équipe paramédicale semble beaucoup plus grande que celle du médecin.

Si elle remplit bien son rôle, la sage-femme est le personnage clef du programme d'EN.

La composition et la répartition du personnel médical en Algérie, la formation de la sage-femme, les avantages de l'intégration de l'EN aux activités de PMI, ont amené à formuler l'hypothèse initiale que le développement du programme algérien d'espacement des naissances devait reposer sur :

— l'intégration de l'EN à la protection maternelle et infantile ;
— la participation des sages-femmes.

En conséquence, il a été établi par le BCPMI un programme de formation sous forme de recyclage en cours d'emploi. Comme pour tout programme de santé publique, des instruments d'évaluation ont été mis en place pour savoir si les objectifs fixés ont été atteints, à court et long terme.

2. — LES OBJECTIFS DE LA FORMATION.

L'objectif est d'intégrer l'EN aux autres activités des PMI. Pour parvenir à cet objectif, des sessions de recyclage ont été organisées, couvrant tous les domaines de la PMI : nutrition, grossesses à risques, allaitement maternel, vaccinations, stérilité, statut social de la femme, maladies transmises par voie sexuelle, tuberculose, statistiques.

Dans le présent travail, seul le module d'EN de la session de recyclage sera étudié en détail. Parmi les différentes possibilités existantes, c'est le recyclage en cours d'emploi qui a été choisi.

2.1. — LES OBJECTIFS GENERAUX DE LA FORMATION EN E.N.

En 1975, un "programme" était préparé par le BCPMI. En raison de l'inexpérience des organisateurs, il comprenait surtout des cours magistraux qui recouvraient les différents domaines de la conception et de la contraception. Dès les premières sessions de recyclage, ce programme a été modifié. Les objectifs de cette formation ont été fixés avec l'aide des enseignants. Par la suite, ils ont été présentés aux stagiaires qui ont proposé quelques modifications.

Les objectifs ont été établis en fonction des tâches que les stagiaires auront à accomplir.

A la fin de la session, la stagiaire devait être capable :
- d'organiser l'activité d'EN dans une PMI ;
- d'assurer les prestations techniques de son ressort ;

- d'assurer la formation du reste de l'équipe sanitaire de la PMI ;
- de participer à l'évaluation des activités entreprises ;
- de participer aux activités de recherche exécutées dans ce domaine.

2.2. — LES OBJECTIFS SPECIFIQUES DE L'ENSEIGNEMENT THEORIQUE ET PRATIQUE.

A ces objectifs généraux correspondent des objectifs spécifiques. Certains d'entre eux ont été réalisés en formation pratique, d'autres en formation théorique. En voici l'énumération :

Objectif général n° 1 : Organiser l'activité d'EN dans une PMI.

a) objectifs spécifiques de cours théoriques (sur l'EN en Algérie et sur l'éducation sanitaire).

- décrire les étapes administratives permettant l'intégration de l'EN aux activités de PMI pré-existantes ;
- évaluer l'intérêt d'intégrer l'EN aux activités de PMI ;
- décrire les méthodes éducatives utilisables en PMI-EN.

b) objectifs spécifiques de formation pratique :

- être capable d'accueillir la patiente et de saisir son degré de motivation ;
- être capable d'animer une séance d'éducation sanitaire dans ce domaine.

Objectif général n° 2 : assurer les prestations techniques de son ressort.

a) objectifs spécifiques des cours théoriques (sur les méthodes contraceptives).

- énumérer les différentes méthodes contraceptives ;
- énumérer les indications et contre-indications de chaque méthode ;
- analyser les méthodes contraceptives les plus utilisées en Algérie.

b) objectifs de formation pratique.

être capable :

- d'exposer clairement et simplement les méthodes contraceptives, avec leurs avantages et inconvénients ;
- de donner une méthode contraceptive en fonction des contre-indications et du désir de la femme ;
- d'insérer et de retirer un dispositif intra-utérin ;
- de pratiquer un prélèvement en vue du dépistage du cancer du col utérin.

Objectif général n° 3 : assurer la formation du reste de l'équipe sanitaire.

Il comporte en fait tous les objectifs spécifiques de chaque cours théorique et de toute la formation pratique.

Objectif général n° 4 : participer à l'évaluation des activités entreprises.

a) objectifs spécifiques des cours théoriques (sur la statistique et sur l'information sanitaire).

- s'initier aux techniques statistiques applicables en santé publique ;
- utiliser ces techniques dans l'évaluation des activités de PMI-EN ;
- réaliser des exercices de rapports d'activité de PMI-EN.

b) objectifs spécifiques de formation pratique.

être capable :

- d'enregistrer les dossiers, de les classer, d'établir les statistiques ;
- de calculer les besoins en approvisionnement ;
- de faire les commandes.

Objectif général n° 5 : participer aux activités de recherche exécutées dans ce domaine.

Cet objectif général intéresse tous les objectifs spécifiques pratiques et théoriques.

Enfin, dans cette formation qui recouvre tous les domaines de la PMI, il a paru bon d'insister sur d'autres points, en particulier :

— le rôle de la femme, son statut social au sein de la famille et de la collectivité, son vécu de femme par rapport à la contraception et par rapport à la santé ;

— l'accueil des consultantes à la PMI et leur information.

3. — LES MODALITES DU RECYCLAGE.

Nous décrirons ici le choix des sages-femmes recyclées, le déroulement des sessions de recyclage et les modalités de la formation pratique et théorique dispensée.

3.1. — LES PARTICIPANTES.

De 1974 à 1979, 275 personnes ont été formées, parmi lesquelles 244 sages-femmes, 17 adjoints médicaux de santé publique (AMSP), 6 accoucheuses rurales, 3 assistantes sociales et 5 infirmières.

Ce recrutement a été féminin, à l'exception d'un homme, AMSP, qui exerce depuis 15 ans dans le même secteur sanitaire, et a largement acquis la confiance de la population.

Les candidatures parvenaient de tout le pays. La sélection des candidates se faisait selon une répartition géographique équitable, dans le but d'organiser un réseau national qui permette de développer la politique d'EN. Le choix parmi les candidates reposait sur plusieurs critères. On considère :

— l'intérêt manifesté à l'EN ;
— leur ancienneté dans un même centre de PMI ;
— leurs activités dans ces PMI ;
— la possibilité matérielle d'intégrer immédiatement l'EN aux autres activités ;
— enfin, l'intérêt porté par le directeur du secteur sanitaire à la prévention.

Sur le plan administratif, les convocations ont été envoyées aux directeurs des secteurs sanitaires (avec copie à la direction de la santé de la Wilaya) pour obtenir leur accord ; les directeurs de secteurs sanitaires prenaient les mesures nécessaires à la poursuite des activités sur le terrain pendant les sessions de recyclage.

3.2. — LES SESSIONS DE RECYCLAGE.

L'organisation des sessions de recyclage repose sur l'équipe du BCPMI, composée, outre le secrétariat, d'un médecin, d'une assistante sociale administrateur et d'une infirmière sage-femme.

Les sessions se sont déroulées dans une structure (l'Institut National de Santé Publique, INSP), où les participantes ont été également nourries et logées. Ces sessions duraient un mois, durée qui ne gêne pas le fonctionnement des services. Cette durée est suffisante pour permettre aux stagiaires de réfléchir à partir d'éléments qu'elles possèdent : formation de base et expérience sur le terrain, et d'opérer leur propre synthèse. Cette période est également suffisante pour remplir les objectifs d'apprentissage fixés.

Chaque session regroupait 20 à 25 participantes : ce nombre permet à un groupe de fonctionner en mettant en commun les expériences et les connaissances acquises antérieurement par chacune.

La formation pratique prenait place tous les matins de 8 à 12 heures, dans les différents centres de PMI-EN d'Alger et des environs. La formation théorique avait lieu les après-midis, de 13 heures 30 à 16 heures. L'évaluation se faisait tous les jeudis matins de 8 heures 30 à 12 heures.

3.3. — LA FORMATION PRATIQUE.

3.3.1. — Les centres de formation.

L'acquisition d'une expérience pratique est un but important dans le programme d'enseignement. Les stagiaires ont été réparties dans une dizaine de centres de PMI-EN d'Alger et des environs. Ces centres avaient été sélectionnés en fonction du volume de leurs activités et du personnel qui y exerçait.

3.3.2. — Les formateurs.

Dans chacun des terrains de stage exerce une équipe déjà recyclée en PMI-EN. Ce personnel est stable, compétent, et possède l'habitude d'encadrer des élèves des écoles paramédicales, comme des étudiants en médecine. Les formateurs sont chargés de faire progresser le "savoir-faire" des stagiaires et de participer à l'évaluation des activités pratiques suivant des modèles définis avec l'équipe du BCPMI.

3.3.3. — Les modalités de mise en œuvre.

Le premier jour, les sages-femmes sont accueillies à l'INSP par l'équipe du BCPMI ; elles sont présentées à leurs responsables de terrain de stage. Deux ou trois stagiaires sont envoyées dans chaque centre. Elles y travaillent toute la semaine en participant à toutes les activités de PMI-EN. Elles y accomplissent des activités d'apprentissage correspondant aux objectifs annoncés en 2.2. L'évaluation de ces activités se fait tous les jeudis matins à l'INSP, en présence des équipes d'encadrement et du BCPMI.

3.4. — LA FORMATION THEORIQUE.

3.4.1. — Les animateurs.

Les animateurs des cours théoriques sont, en plus de l'équipe du BCPMI, des gynécologues, pédiatres, médecins de santé publique, statisticiens, sociologues et psychologues, mais aussi des personnels travaillant sur le terrain pour renforcer la pertinence de l'enseignement et son application.

Leur rôle est de clarifier les points mal compris et d'inviter les participantes à s'exprimer, à dire les difficultés qu'elles ont sur le terrain, à échanger leurs expériences.

3.4.2. — Les modalités de l'enseignement.

Elles sont flexibles et peuvent subir des modifications selon le désir des participantes. Pour cela, les cours ne se déroulent pas de façon magistrale. La veille du "cours", un dossier de documentation

est remis aux participantes, et les objectifs à atteindre leur sont précisés. Le lendemain, le ou les animateurs répondent aux questions formulées ou éclairent certains points qui paraissent essentiels.

De plus, des travaux de groupe sont organisés dans les domaines de la pédiatrie sociale et de la gynécologie-obstétrique sociale : sur la base de cas cliniques vécus, des groupes de quatre à cinq stagiaires réfléchissent et proposent des solutions qui sont ensuite discutées par l'ensemble du groupe, avec les animateurs.

3.4.3. — Les supports de l'enseignement.

Les dossiers de documentation sont fournis par le BCPMI. Ils comprennent :

a) Une documentation nationale, préparée au départ par les animateurs, et modifiée en fonction des remarques des participantes. Il existe aussi des guides, affiches et diapositives de fabrication locale sur l'EN.

b) Une documentation internationale, recueillie à partir de revues scientifiques et de publications de l'OMS ; d'autre part, des films sur la contraception sont projetés et discutés.

L'animateur peut donc utiliser divers systèmes audio-visuels : rétroprojecteur, projecteur de cinéma et appareil de projection de diapositives.

En plus, certains enseignants utilisent les "jeux de rôles" auxquels participent les stagiaires. Ces "jeux de rôles" consistent à simuler des situations qui se rencontrent dans les consultations de PMI ; quelques stagiaires sont choisies pour interpréter les différents rôles (consultante, sage-femme, etc...) devant les autres participantes.

4. — EVALUATION DES SESSIONS DE RECYCLAGE.

L'évaluation peut consister à déterminer l'efficacité et l'efficience d'un programme. Pour juger de l'efficacité d'un programme, il faut déterminer dans quelles mesures les objectifs fixés ont été at-

teints, et la qualité des techniques d'enseignement et des enseignants. L'efficience a été définie comme le rapport entre l'efficacité et les ressources déployées. Dans cette étude, seule l'efficacité de l'enseignement sera mesurée. Elle sera réalisée à travers l'évaluation des processus et l'évaluation des résultats de l'enseignement (77).

4.1. — EVALUATION DES PROCESSUS.

Elle consiste à examiner les conditions dans lesquelles se déroulent les sessions de recyclage et l'animation des cours. Cette évaluation était hebdomadaire. Elle se faisait en présence des stagiaires, des animateurs du BCPMI et des sages-femmes responsables de l'encadrement des stages pratiques. La méthode employée est décrite ci-dessous.

4.1.1. — Les conditions générales du travail.

Une courte discussion est consacrée aux "conditions matérielles" du déroulement du stage. Les critiques concernent habituellement les mêmes problèmes : la qualité de l'alimentation offerte par la cantine de l'INSP ; les problèmes de transport entre l'Institut où logent les stagiaires et les terrains de stage ; enfin, les conflits de personnes.

4.1.2. — Evaluation des conditions de stage pratique.

Des fiches d'évaluation ont été établies par l'équipe du BCPMI, dès les premières sessions de recyclage. Elles sont remplies de façon anonyme le jour de l'évaluation hebdomadaire par les stagiaires. Elles sont rassemblées et étudiées par l'équipe d'évaluation composée des sages-femmes responsables des terrains de stage et du BCPMI. Elles sont ensuite discutées en séance plénière.

La fiche hebdomadaire d'évaluation se présente ainsi :

EVALUATION DES ACTIVITES DE LA SEMAINE

(ceci ne concerne que les activités sur le terrain)

Semaine du .... au .... Centre de ....

Partie A

1 - Les objectifs des activités de la semaine étaient :	*vagues* *1 2 3 4*	*très évidents* *5 6 7*
2 - L'organisation des activités était :	*pauvre* *1 2 3 4*	*excellente* *5 6 7*
3 - Les séances d'éducation sanitaire étaient :	*inadéquates* *1 2 3 4*	*excellentes* *5 6 7*
4 - Le travail avec les responsables était :	*nul* *1 2 3 4*	*très bon* *5 6 7*
5 - J'ai appris	*rien* *1 2 3 4*	*énormément* *5 6 7*

Partie B

1 - Quels sont les éléments qui vous ont le plus favorablement impressionnés ?

2 - Quels sont les éléments qui vous ont le plus défavorablement impressionnés ?

3 - Que voudriez-vous changer ?

Toutes les activités d'apprentissage sont effectuées par la stagiaire sous le contrôle de la sage-femme du centre, qui en rend compte au BCPMI chaque semaine, avec ses commentaires. Il n'a pas été possible d'exiger des responsables des terrains de stage qu'elles notent les stagiaires, car elles les considèrent comme des collègues ayant les mêmes responsabilités dans leurs PMI respectives.

L'évaluation hebdomadaire a l'intérêt de réunir les formateurs, les stagiaires et les organisateurs. Les commentaires formulés par

écrit sont analysés et les discussions qui se poursuivent oralement permettent des échanges fructueux pour chaque partie.

Cette évaluation permet aussi :

- de juger la progression des stagiaires ("savoir faire"), en fonction des objectifs éducationnels préparés avant le stage, quant aux modifications de leur comportement, ce "feed-back" (ou rétro--information) hebdomadaire a permis aux stagiaires de constater à quel niveau elles se trouvaient, ce qu'elles n'avaient pas compris ;

- d'améliorer le travail des PMI, grâce aux remarques pertinentes que peuvent faire aux responsables les stagiaires elles-mêmes — qui ont une grande expérience des PMI dans d'autres environnements. Ces échanges entre stagiaires et responsables sont très constructifs : ils ont permis parfois aux responsables de modifier leur façon de travailler et d'enseigner ;

- de constater chaque semaine le volume d'activité des différentes "PMI-terrains de stage" et de prendre éventuellement la décision d'écarter celles dont les activités sont insuffisantes pour l'apprentissage souhaité.

4.1.3. — Evaluation des cours théoriques.

a) Evaluation quotidienne.

A la fin de chaque séance d'enseignement, chaque participante remplissait une fiche d'évaluation, donnant son opinion sur l'animation de la séance qui venait de se terminer et sur les documents remis concernant le thème abordé, ainsi que ses observations éventuelles.

En fait, l'expérience a montré le peu d'intérêt de cette forme d'évaluation. Elle est trop immédiate, les participantes n'ayant pas le temps d'assimiler l'information reçue ; placée en fin de séance, la fiche est trop souvent hâtivement remplie ; malgré l'anonymat, les participantes craignent d'y mentionner des appréciations négatives.

Les conclusions de cette évaluation se résument donc habituellement à un constat d'autosatisfaction pour les animateurs. Quelques scores moins bons ont été enregistrés lorsque l'enseignement était manifestement "magistral", mais cette conclusion aurait pu être tirée de l'observation du groupe pendant la séance de travail.

Les appréciations sur la documentation n'ont fait que refléter les insuffisances dont les organisateurs étaient parfaitement conscients.

Pour cet ensemble de raisons, cette forme d'évaluation a donc été écartée.

b) Evaluation hebdomadaire.

Des remarques ont été portées sur l'assiduité des animateurs, la durée de séances, et souvent les quelques échappées vers... le cours magistral.

Les participantes donnent leur opinion sur l'enseignement qui leur a été dispensé, sur l'animation de chaque séance, et font part de leurs désirs, approfondissement d'un sujet particulier, suppression d'un thème ou introduction d'un sujet non prévu au programme.

C'est sur la base de ces réflexions que des modifications sont constamment apportées au programme d'enseignement, permettant non seulement de l'adapter aux besoins en matière de qualification du personnel, mais aussi de répondre à l'attente et aux désirs des participantes.

Il va sans dire qu'au cours de ces séances, les participantes sont averties qu'elles sont autorisées à émettre n'importe quelle opinion, à la seule condition d'être capable de la défendre !

4.2. — EVALUATION DES RESULTATS.

Le problème est d'évaluer d'une part les modifications du savoir faire, et d'autre part les acquisitions dans le domaine cognitif. Pour le premier point, seule la méthode employée est examinée : en

effet, cette évaluation est confiée à chacune des responsables de stage pratique, et les résultats dépendent autant des enseignantes que des participantes au stage. Pour le domaine cognitif, nous envisagerons les changements survenus en étudiant les tests effectués au début et à la fin de chaque session. Ces tests sont préparés, colligés et exploités par le BCPMI.

4.2.1. — Evaluation des activités pratiques.

Il s'agit ici d'évaluer les "performances" accomplies par les stagiaires et les conditions de travail du stage pratique. La liste des activités d'apprentissage à réaliser durant le stage, correspondant aux objectifs spécifiques pratiques pré-établis, à été dressée par les responsables des terrains de stage avec l'équipe du BCPMI.

Pour "accueillir la cliente", la sage-femme apprend à : la questionner, préciser son mode de recrutement, sa motivation (est-elle venue seule, avec son époux, sa belle-mère ?). Pour "prescrire une méthode contraceptive", la sage-femme apprend à : préparer le matériel nécessaire à la consultation ; pratiquer un examen clinique, un toucher vaginal, palper des seins ; déceler les anomalies au cours d'un examen ; expliquer l'usage des pilules, des spermicides, condoms, ovules vaginaux ; insérer 10 DIU au cours du mois de stage ; retirer 3 DIU ; pratiquer 20 contrôles de DIU ; pratiquer 3 prélèvements cytologiques. Pour "établir les statistiques", la sage-femme apprend à : remplir correctement 10 dossiers individuels ; classer les fiches correspondantes ; retrouver les dossiers des consultantes d'après leurs fiches ; effectuer les statistiques de la journée, du trimestre. Pour "faire les commandes de contraceptifs", la sage-femme apprend à : calculer les besoins en contraceptifs pour la population des consultantes.

Les conditions de travail, d'encadrement, sont évidemment différentes d'un stage à l'autre ; pour cette raison, les résultats ne sont pas exploités ici.

4.2.2. — Evaluation des cours théoriques.

Au début et à la fin de chaque session, un même test sous forme de questions à choix multiples et de questions à réponses ouvertes, est soumis aux stagiaires (annexe 5).

Ce test sert à :

— évaluer les connaissances des participantes au début de la session ;
— évaluer l'assimilation de l'enseignement ;
— évaluer les connaissances des participantes à la fin de la session ;
— modifier l'enseignement en fonction des connaissances de base et des lacunes évidentes de celles-ci. ;

Le même test de 30 questions, qui recouvrent l'enseignement de tous les thèmes de PMI-EN, est soumis au début et à la fin de chaque session. Il est subi par toutes les participantes, quelle que soit leur formation de base (sages-femmes, médecins, AMSP, accoucheuses rurales...). La correction est la même pour tous.

Les résultats seront d'abord considérés dans leur ensemble, puis les questions qui se rapportent à l'EN seront examinées plus en détail, enfin, les décisions prises à la suite de l'examen des tests seront indiquées.

a) Les résultats dans leur ensemble.

Les résultats figurent sur le tableau suivant, ils concernent 9 sessions de recyclage, qui se sont déroulées de juin 1976 à juin 1979. Les 30 questions du test sont reproduites en annexe. Les résultats, en pourcentage de réussite, figurent sur le tableau 2.I.

No des sessions	Nombre de participantes	Résultats pré-test %	Résultats * post-test %	Gain* entre pré et post-test
1	32	59,7	81,7	+ 22,0
2	24	47,7	68,3	+ 20,6
3	24	45,6	67,7	+ 22,1
4	23	46,3	74,2	+ 27,9
5	29	39,3	63,9	+ 24,6
6	25	43,5	67,7	+ 24,2
7	17	36,8	68,4	+ 31,6
8	30	51,0	77,8	+ 26,8
9	36	46,8	73,1	+ 26,4

*en pourcentage de réussite

2.1. : Résultats des pré-et post-tests dans leur ensemble.

Ces résultats appellent de brefs commentaires. De façon générale, le gain et toujours supérieur à 20 %, ce qui montre bien l'utilité de cet enseignement. Ensuite, les résultats sont fonction de l'importance du groupe : lorsque le groupe est restreint (ex. : session n° 7, 17 participantes), le gain est maximal (31,6 %) mais cette règle ne s'applique pas de façon arithmérique lorsque le groupe est supérieur à 20. Les résultats sont donc fonction de l'importance du groupe. Enfin, les lacunes les plus importantes sont dans les domaines de l'examen du nouveau-né normal et de la prévention (mortalité infantile, etc...) : ces résultats pourraient être exploités pour améliorer l'enseignement dans les écoles paramédicales.

Il faut signaler qu'avec l'expérience acquise au cours des sessions successives, des modifications ont été apportées au test et à l'enseignement. Les modifications du test ont consisté à préciser la formulation de certaines questions, à supprimer des questions trop faciles, à ajouter des questions sur les thèmes nouvellement introduits dans l'enseignement.

Les résultats du pré-test ont conduit à modifier l'enseignement, par exemple à ajouter un thème : "examen du nouveau-né normal".

b) Les questions relatives à l'EN.

Le tableau 2.2 montre les questions relatives à l'EN. Les questions relatives à l'EN ont été extraites des tests appliqués aux mêmes sessions. Le tableau suivant énumère ces questions, le nombre de participantes à qui elles ont été soumises, les résultats obtenus au pré- et post-test, ainsi que les différences entre ces résultats.

Les questions et les résultats obtenus aux différentes questions sont examinés ci-après. Pour en faciliter la compréhension, les questions sont classées en quatre catégories selon les enseignements que l'on a pu en tirer.

— Questions permettant d'évaluer l'enseignement (n° 14, 15, 16, 17, 18, 23).

Ces questions montrent la qualité de l'enseignement et ce qu'il a apporté (n° 16, 18, 23), ou bien ses insuffisances (n° 15, 17, 19) et même son caractère perturbant (n° 14).

No et thème de la question	Nombre de participantes	Résultats pré-test %*	Résultats post-test %*	Gain entre pré et post-test*
14. Effet contraceptif/allaitement maternel	240	82,5	79,5	− 3
15. Date ovulation (Ogino)	240	17,5	27	+ 9,5
16. Mode d'emploi condom	240	50	86,3	+ 36,3
17. Contre-indications contraceptifs oraux	240	39,5	32,5	− 7
18. Contre indications DIU	240	38,3	77,5	+ 39,2
19. Conduite à tenir DIU expulsé	240	17,9	38,7	+ 20,8
21. Insuccès DIU	108	33,3	36,1	+ 2,8
22. Electrocoagulation/DIU au cuivre	108	48,1	85,1	+ 37,0
23. Retard de règles et DIU	108	75	97,2	+ 22,2
24. Méthodes traditionnelles de contraception	240	40,4	90,8	+ 50,4
26. Intérêt intégration EN/PMI	132	67,4	84,8	+ 17,4
27. Choix moment information/contraception	132	77,9	93,1	+ 21,2
29. Méthodes contracept. adaptées Algérie.	103	59,2	67,9	+ 8,7

*** en pourcentage de réussite**

2.2. : *Résultats des pré- et post-tests pour les questions d'EN.*

- Question 16

Le préservatif masculin (condom) est utilisé correctement lorsque :

a) il est placé au moment des préludes sexuels, avant l'érection — b) il est placé au moment de l'érection, avant l'acte sexuel — c) il est placé juste avant l'éjaculation — d) il est placé sur la verge en érection après contact du pénis et du vagin.

La réponse attendue est b. Les résultats sont : pré-test : 50 % ; post-test : 86,3 % (+ 36,3 %).

Cette question recouvre le domaine cognitif, niveau 1 (souvenance).

Les réponses fausses au pré-test proviennent surtout des participantes célibataires. L'anatomie et la physiologie de la reproduction humaine, dans les programmes de formation de base, paraissent enseignés comme dépendant uniquement de l'appareil génital féminin. Les sages-femmes sont très qualifiées pour aider les enfants à naître, mais elles n'ont qu'une vague idée du "comment on fait un enfant". Si on y ajoute les tabous usuels, on comprend qu'une question apparemment aussi simple ait connu un score aussi bas. Cette question a été laissée dans le test parce qu'elle permet d'introduire la discussion sur ces points.

— Question 18 (question ouverte)

Citez au moins 5 contre-indications à la pose d'un DIU. (on ne peut donner ici la liste, trop longue, des réponses exactes).

Les résultats sont : pré-test : 38,5% ; post-test : 77,5% (+ 39,2%).

Cette question est de niveau 1, dans le domaine cognitif.

Au pré-test, le dispositif intra-utérin "fait peur", et les contre-indications les plus fréquemment citées sont celles décrites dans la littérature féminine à grande diffusion, et sont donc assez souvent

fantaisistes. Les résultats obtenus (gain entre pré- et post-test) ont manifestement permis de clarifier les idées des stagiaires dans ce domaine.

— Question 23

Une femme de 39 ans, ayant 6 enfants vivants, est porteuse d'un stérilet de type Lippes C depuis 15 mois. Elle se présente à la PMI en signalant un retard de règles de 10 jours. Au spéculum, les fils témoins du DIU sont visibles.

a) citez deux causes possibles à ce retard de règles ;

b) quelle est votre attitude immédiatement ?

c) que ferez-vous dans le futur pour cette patiente ?

Les réponses attendues sont : pour a : la grossesse, l'anémie, l'infection, la préménopause ; pour b : test de grossesse et rassurer la patiente ; pour c : insérer un Lippes D ou un stérilet au cuivre. Les résultats sont : pré-test : 75,0% ; post-test : 97,2% (+ 22,2%).

Cette question est de niveau 2, et teste le domaine cognitif.

Dès le pré-test, la majorité des participantes a le réflexe de penser aux diagnostics possibles — la grossesse sur DIU est une situation largement connue d'elles puisqu'elle est fortement dramatisée quand elle se présente, ce qui contribue d'ailleurs à la mauvaise réputation de ce type de contraception. Au cours du stage, l'attitude se modifie de manière positive puisqu'au post-test, les participantes sont beaucoup plus nombreuses à insister sur la nécessité de rassurer cette patiente.

— Question 15

Chez la femme, l'ovulation :

a) survient toujours à date fixe, au 14[er] jour du cycle — b) est parfaitement prévisible d'après la date des dernières règles — c) est prévisible d'après la courbe de température — d) est toujours imprévisible.

La réponse attendue est d. Les résultats sont : pré-test : 17,5% ; post-test : 27% (+ 9,5%).

Cette question est du domaine cognitif, de niveau 1 (souvenance).

Le faible gain entre le pré- et le post-test dénote une insuffisance de l'enseignement sur ce point précis : les séances consacrées aux méthodes contraceptives sont orientées principalement vers la contraception hormonale et les DIU, au détriment de la discussion des autres méthodes. Comme, par ailleurs, les stagiaires ont souvent des idées préconçues à propos des méthodes de contraception plus anciennes (telle la méthode Ogino), il est apparu utile d'y consacrer plus de temps, pour démystifier ou préciser des notions souvent acquises de manière peu scientifique. Dans la mesure du possible, et surtout quand les stagiaires en ont exprimé le désir spontanément, ces aspects ont été discutés au cours des séances d'évaluation, mais le résultat est resté insuffisant, parce que les animateurs des séances d'évaluation n'ont pas l'autorité scientifique de l'animateur chargé de l'enseignement théorique. Une séance sur les autres méthodes contraceptives (exceptés le DIU et la pilule) a été ajoutée au programme théorique.

— Question 17

Quelles sont les contre- indications **absolues** à l'utilisation des contraceptifs oraux ?

1) accidents thrombo-emboliques — 2) cancer connu ou suspecté du sein — 3) saignements utérins non expliqués — 4) irrégularité du cycle.

Choisissez la réponse exacte : a) 1, 2 et 3 — b) 1, 2 et 4 — c) 2, 3 et 4 — d) 1, 2, 3 et 4.

La réponse attendue est a. Les résultats sont : pré-test : 39,5% ; post-test : 32,5%.

Cette question recouvre le domaine cognitif, elle est de niveau 2 (interprétation de données).

Les résultats faibles à cette question dévoilent une certaine insuffisance de l'enseignement, sur un point très important. Il est clair que les enseignants doivent en être informés et en tirer les conséquences.

— Question 19

Une consultante, porteuse d'un DIU depuis 3 mois, se rend compte , il y a 3 semaines, lors de ses dernières règles, qu'elle a perdu son dispositif. Ne pouvant se libérer plus tôt pour venir consulter, elle n'a pris aucune précaution contraceptive durant cet intervalle. Elle demande une réinsertion de DIU. Votre examen clinique est normal. Que faites-vous ? (une seule réponse svp)

a) vous lui conseillez de revenir après ses prochaines règles pour une nouvelle insertion — b) vous réinsérez immédiatement un nouvel appareil — c) vous changez de méthode en lui suggérant la prise de contraceptifs oraux — d) vous lui conseillez une radio du bassin, face et profil, afin de vérifier l'absence ou la présence du DIU — e) aucune de ces conduites n'est correcte.

La réponse attendue est e. Les résultats sont : pré-test : 17,9% ; post-test : 38,7% (+ 20,8%).

Cette question est du domaine cognitif, de niveau 2 (interprétation de données).

Le gain obtenu pendant la session est important ; cependant, le résultat final reste insuffisant. Cela peut être dû à plusieurs facteurs : la situation décrite est difficile ; il n'est pas offert de réponse exacte détaillée ; l'enseignement, difficile lui aussi, est insuffisant.

Il faut noter qu'une des réponses les plus fréquentes est d. confirmant le rôle "magique" de la radiographie, même pour des personnes qui devraient être mieux informées que le grand public.

— Question 14

Chez la femme, la lactation a un effet contraceptif : a) total — b) partiel — c) nul — d) indéterminé.

La réponse attendue est b. ou d. Les résultats sont : pré-test : 82,5% ; post-test : 79,5%.

Pour cette question, le score est plus bas au post-test ! l'enseignement n'a donc pas précisé les idées des stagiaires. Il est possible que ce résultat soit dû à deux facteurs : l'insistance des animateurs sur les bienfaits de l'allaitement maternel, sans rappeler son rôle contraceptif ni le quantifier ; la formulation de la question elle-même qui comporte deux réponses possibles. Il faut donc modifier l'enseignement sur ce point, et reprendre la formulation de la question.

— Questions permettant d'évaluer la méthode d'examination (n° 19, 21, 22, 26, 27, 29).

Certaines questions ont dû être supprimées parce qu'inutiles (n° 26, 27, 29), d'autres étaient mal formulées (n° 21 et 22).

— Question 26

Un programme d'EN intégré repose essentiellement sur :

1) les méthodes contraceptives utilisées et conseillées — 2) la qualité de l'accueil dans les centres d'EN — 3) la connaissance du mécanisme de la reproduction humaine par le couple et sa détermination (motivation) — 4) l'accent mis sur l'éducation sanitaire des femmes — 5) l'intégration de l'activité d'EN aux autres activités de PMI.

Choisissez la réponse exacte :

a) 1, 2 et 4 — b) 1, 3 et 4 — c) 1, 2, 3 et 4 — d) 1, 2, 3, 4 et 5.

La réponse attendue est d. Les résultats sont : pré-test : 67,4% ; post-test : 88,8% (+ 17,4 %).

Cette question a été supprimée parce qu'elle reflétait le souhait des enseignants plus que des données objectives ; de plus, le choix est impossible car les alternatives ne sont pas équivalentes.

— Question 27 (question ouverte)

Citez deux moments propices pour discuter d'EN avec une femme et dites pourquoi.

Les résultats sont : pré-test : 77,9% ; post-test : 93,1% (+ 21,2%).

Les réponses attendues étaient de citer le post-partum immédiat et les consultations de PMI. En fait, tout moment peut être favorable à condition d'adapter l'information aux circonstances ; la question a donc été supprimée.

— Question 29 (question ouverte)

Citer les deux méthodes contraceptives les plus indiquées dans le contexte algérien.

Dites pourquoi vous avez fait ce choix.

La réponse attendue était DIU et pilule. Les résultats sont : pré-test : 83,4% ; post-test : 99% (+ 15,6%).

Cette question a été supprimée parce que beaucoup trop facile.

— Question 21

Le plus important taux d'insuccès des DIU dans tous les pays est :

a) la grossesse — b) l'expulsion c) le retrait.

La réponse attendue est c. Les résultats sont : pré-test : 33,3% ; post-test : 36,1% (+ 2,8%).

La réponse la plus fréquente est a. parce que la question est mal comprise. L'insuccès est confondu avec l'échec de la contraception, et donc avec la grossesse sur DIU en place, évidemment toujours vécu avec difficulté par le personnel des PMI. Cette question demande une nouvelle formulation.

— Question 22 (question ouverte)

Une femme est porteuse d'un stérilet en cuivre depuis 13 mois. Lors d'un contrôle, on découvre une exocervicite. On prescrit un traitement médical local, puis on effectue des prélèvements cervico-vaginaux qui sont de type inflammatoire. Faut-il pratiquer une électrocoagulation d'emblée ? Y aurait-il un inconvénient ? Faut-il retirer le stérilet, pratiquer l'électrocoagulation et reposer un stérilet après cicatrisation ?

Les résultats sont : pré-test : 48,1% ; post-test : 85,1% (+ 37%).

La réponse attendue était : temporiser pour pratiquer l'électrocoagulation jusqu'au moment du changement de DIU. Cette réponse est discutable puisqu'elle doit être pondérée par des éléments cliniques qui ne sont pas fournis par l'énoncé. Cette question a été reformulée.

— Question apportant des informations sur les pratiques d'EN.

— Question 24

Citez au moins deux méthodes contraceptives traditionnelles utilisées en Algérie que vous connaissez dans la région où vous exercez (ne pas donner ici les méthodes modernes).

Les résultats sont : pré-test : 40,4% ; post-test : 90,8% (+ 50,4%).

Au pré-test, et malgré la précision fournie après la question, le terme "traditionnel" est mal compris et les participantes citent assez souvent des méthodes classées comme "modernes". Le terme ayant été expliqué au cours du stage, les réponses sont plus faciles à trouver. Il faut donc reformuler la question.

Il est regrettable cependant de ne pas avoir trouvé encore un terme adéquat et compréhensible dès le pré-test ; les réponses permettant de relever des méthodes "traditionnelles" inconnues, et des particularismes régionaux.

La question n° 24 a été incluse pour améliorer la connaissance de la pratique traditionnelle en matière d'EN. On ne peut donc citer ici la totalité des réponses exactes.

c) Les modifications proposées en fonction des résultats des tests.

— Modifications de l'enseignement :

Les réponses aux questions n° 14 et 15 ont permis de modifier l'enseignement : la question n° 14 pour insister sur le rôle contraceptif de l'allaitement maternel ; la question n° 15 pour faire discuter plus longuement les stagiaires avec les animateurs d'autres méthodes contraceptives que le DIU et la pilule.

- Modifications du test :

On doit reformuler les questions n° 21, 22 et 24 avec plus de précision. On éliminera les questions n° 26 et 27 parce qu'elles manquent de pertinence, et la question n° 29 parce que trop facile.

4.3. — COMMENTAIRES

De ce chapitre, il ressort que deux types d'évaluation sont importants : l'évaluation hebdomadaire et l'évaluation terminale. Il aurait été intéressant de faire repasser le test aux stagiaires un an après les sessions, mais ceci n'a pu être réalisé.

L'évaluation hebdomadaire permet de mesurer l'acquisition du "savoir-faire", d'apprécier le changement de comportement des stagiaires, d'induire une interaction entre stagiaires, responsables de stage pratique et organisateurs des sessions de recyclage. Les pré- et post-tests ont montré quelques faiblesses du test lui-même, les insuf-

fisances de l'enseignement, mais aussi son efficacité. Les acquisitions des stagiaires sont importantes, car aucun enseignement codifié de l'EN n'était dispensé dans les écoles paramédicales jusqu'en 1980.

Cet enseignement est facultatif et relève de la seule motivation des monitrices des écoles paramédicales. Le recrutement des monitrices pour les sessions de recyclage a été intensifié afin d'améliorer l'enseignement dans la formation de base, même s'il est facultatif. L'intégration de cet enseignement pour les promotions futures est actuellement envisagée ; le programme actuel des sessions de recyclage en serait la base.

Ces sessions de recyclage, telles qu'elles ont été pratiquées et surtout par le recrutement des participantes, sont parfaitement cohérentes avec le système de soins de santé primaire. On recrute exclusivement du personnel en fonction, ce qui entre dans le cadre de la formation permanente, considérée comme activité prioritaire. Ce recrutement présente encore d'autres avantages.

En raison des problèmes démographiques, il a été décidé, au début de l'année 1983, de mettre en place un programme gouvernemental d'espacement des naissances. Dans cette optique, le personnel formé par les sessions de recyclage a été utilisé pour former d'autres personnels de santé et informer d'autres secteurs mobilisés dans cette action.

De façon plus concrète, le personnel "recyclé" a pris part activement aux journées débats organisées par l'Union Nationale des Femmes Algériennes dans toutes les Wilayate. Ces journées avaient, entre autres, comme objectif d'informer les femmes travailleuses et les lycéennes sur les différents aspects de l'espacement des naissances en Algérie. Les sages-femmes recyclées ont participé à tous les débats, aux côtés des responsables locaux et des autorités religieuses.

D'autre part, dans le cadre de la mise en place de "mini" recyclages décentralisés, ces mêmes sages-femmes prennent part à la formation théorique et pratique d'autres personnels de santé aux pratiques de l'espacement des naissances.

La dispersion de ce personnel recyclé à travers tout le territoire national doit rendre possible une action largement décentralisée, permettant de toucher une plus grande partie de la population.

5. — EVALUATION A TERME DE L'EFFICACITE DU SYSTEME.

Le personnel "recyclé" accomplit-il après les sessions le travail pour lequel il a été formé ? C'est le paramètre retenu pour évaluer à terme l'efficacité du système, et le taux d'abandons a été mesuré.

De 1974 à 1980, le BCPMI a réalisé 21 sessions de recyclage, d'une durée approximative d'un mois chacune, à raison de 3 ou 4 par an, regroupant un total de 378 participantes.

L'évaluation à terme a porté sur la formation de 1974 à 1979, soit 18 sessions de recyclage, 275 participantes et 240 centres d'EN (48). Les sessions ultérieures ont été volontairement omises, car il importait d'avoir des renseignements sur un personnel déjà en activité. En effet, le recyclage du personnel est en général subordonné à la possibilité d'intégrer les activités d'EN à celles de PMI. Un certain délai peut s'écouler entre la fin du recyclage et l'intégration effective des activités d'EN.

5.1. — METHODOLOGIE DE L'ENQUETE.

Pour étudier la poursuite des activités et le taux d'abandons, un questionnaire a été adressé aux 275 participantes. Ce questionnaire (cf annexe 6) comprend deux parties, l'une destinée à être remplie par le directeur du secteur sanitaire, l'autre par la participante.

Les questions visaient à étudier en détail la stabilité des sages-femmes "recyclées" afin de voir dans quelle mesure les prestations d'EN sont effectivement fournies à la population. La première partie du questionnaire concerne l'identification de la participante, de son poste de travail, et la continuité du travail dans ce poste. La seconde partie porte sur la description des activités, leur continuité, l'opinion des "recyclées" sur le cours, et les éventuelles observations.

5.2. — RESULTATS DE L'ENQUETE.

5.2.1. — Taux de réponse.

Les 275 questionnaires ont été envoyés au mois de juin 1979. Au mois de novembre 1979, une lettre de rappel a été nécessaire pour recueillir un échantillonnage représentatif. Il est parvenu au BCPMI 239 questionnaires remplis : ce taux de réponse de 87% garantit la fiabilité des résultats de l'enquête (48).

5.2.2. — Résultats globaux *(tableau 2.3.)*

La partie la plus importante du recrutement est représentée par les sages-femmes : 90%, ce qui correspond à leur pourcentage parmi les 275 stagiaires.

Type de personnel	Nombre	Pourcentage
Sages-femmes	213	89,1
AMSP	15	6,3
Infirmières	4	1,7
Accoucheuses rurales	5	2,1
Assistantes sociales	2	0,8
	239	100

2.3. : Résultats globaux de l'enquête.

Sur les 239 réponses, 205 participantes étaient encore à leur poste de travail, et 34 l'avaient abandonné, soit des pourcentages respectivement de 86 et 14.

5.2.3. — Analyse des réponses.

a) Les abandons.

Dans le tableau 2.4., les abandons ont été rapportés à l'année de la session de recyclage. On peut ainsi calculer un taux d'abandons, défini comme le rapport : nombre d'abandons x 100 / nombre de recyclées initiales.

Année	74	75	76	77	78	79	Total
Nombre d'abandons	10	8	4	8	3	1	34.
Nombre de participantes aux sessions de recyclage	47	33	26	58	53	22	239
Taux d'abandons %	21	24	15	05	05	04	14

F. 2.4. : Abandons rapportés à l'année de recyclage.

En moyenne, le taux d'abandons est de 14%, mais on enregistre des variations : il est de l'ordre de 5% pendant les trois premières années qui suivent les sessions de recyclage, il croît ensuite et semble se stabiliser à partir de la 5e année.

Les abandons peuvent être expliqués par les raisons suivantes :

- Les conditions de travail : au début du programme, l'approvisionnement des centres en matériel a connu quelques difficultés, l'EN n'était pas vécu comme une priorité par les autorités administratives, ce qui a pu parfois décourager certaines sages-femmes ;

- l'ouverture des centres : avant de recruter une sage-femme, le directeur du secteur sanitaire doit donner son accord pour la mise en place de l'activité d'EN au retour de la sage-femme recrutée pour être "recyclée". Au début du programme, il n'y avait pas de promesses fermes sur l'intégration de l'EN et les critères de sélection étaient moins stricts. Ultérieurement, ces conditions ont été améliorées.

Le taux d'abandons n'a en fait rien d'alarmant : il est en effet normal qu'après un certain délai, une partie du personnel disparaisse de la scène pour des raisons familiales (mariage, naissances), professionnelles, ou encore liées à l'âge (retraites).

b) La mobilité professionnelle.

Un certain nombre de sage-femmes ne reste pas dans le même secteur. Certaines d'entre elles, changeant de secteur, gardent les mêmes fonctions. Sur 205 participantes qui continuent à exercer leurs activités, 171 sont restées au même poste et 35 seulement ont changé de poste, soit 17% environ.

- Mobilité géographique.

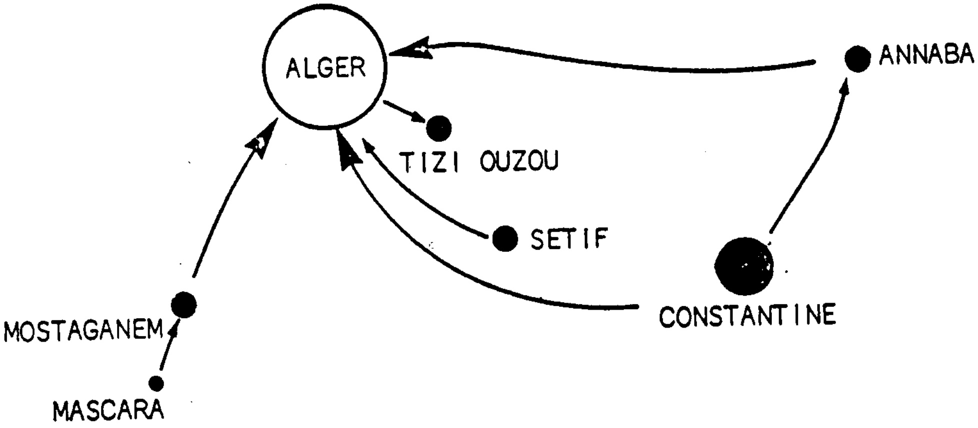
Ces 35 mutations se répartissent en 3 catégories :

— mutation dans le même secteur sanitaire : 14 ;

— mutation dans un autre secteur sanitaire de la Wilaya : 12 ;

— mutation dans une autre Wilaya : 9 ;

Ces 35 mutations intéressent 7 Wilayate seulement sur les 30 où sont implantés des centres de PMI-EN. Les mutations ont lieu dans les Wilayate ayant le plus grand nombre de sage-femmes recyclées. Par ailleurs, les deux tiers des mutations de Wilaya à Wilaya se font en direction d'Alger (6 sur 9), (fig. 2.5.).



2.5. - Mobilité géographique des sages-femmes.

- Mobilité inter-poste.

A côté de la mobilité géographique, qui donne des renseignements d'ordre quantitatif, la mobilité inter-poste donne des renseignements d'ordre qualitatif sur la stabilité des "recyclées" : 9 sages-femmes sont restées dans le même poste de travail ; 26 ont changé de poste.

A ce sujet, on a pu constater que l'éventail des mutations est restreint : les mutations se font de 7 postes vers 4 postes de travail seulement, parmi lesquels le poste "maternité" représente à lui seul le cas de 15 des sages-femmes mutées. On a relevé 4 mutations à un poste administratif, ce qui est vécu comme une promotion, à la différence de la mutation au poste maternité, qui est due au faible nombre de sages-femmes et au grand nombre des accouchements. On peut d'ailleurs considérer que ce poste présente un intérêt certain pour l'information sur les méthodes d'EN à un moment privilégié où les femmes sont particulièrement réceptives.

c) Les "restants" en fonction.

Il est important de constater que sur 239 participantes, 205 exercent encore leurs activités.

- Dans un autre poste de travail.

Sur les 205 sages-femmes toujours en activité, 6 travaillent soit dans un poste administratif, soit dans un service de prévention.

- Au même poste de travail.

168 sages-femmes recyclées (soit 82%), sur 205, pratiquent les activités de PMI et d'EN, pour lesquelles elles ont été préparées, ce qui est cohérent avec l'intégration de l'EN à la PMI et correspond parfaitement à notre programme national.

Les 31 autres se répartissent de la façon suivante : 11 font, en plus des activités de PMI-EN, des gardes en maternité ; 18 enseignent la PMI-EN dans les écoles paramédicales et font de la formation sur le terrain ; 2 d'entre elles ne pratiquent que l'EN.

Au total, 199 sages-femmes recyclées pratiquent ou enseignent toujours la PMI-EN, sur les 239 enquêtées. Ce pourcentage de 83,2 (199/239) ne donne évidemment pas une idée de la proportion réelle des sages-femmes qui seront en fonction au bout de 6 ans, puisque l'enquête a porté sur des recyclées après 1, 2,... 6 années. La méthode

actuarielle permet de calculer les "chances" qu'a une sage-femme recyclée d'être encore en fonction et de pratiquer l'EN (ou de l'enseigner) au bout de 6 années. Le tableau 2.6. donne le résultat de ce calcul, c'est-à-dire la probabilité qu'une recyclée pratique (ou enseigne) l'EN 1, 2, 3,... 6 ans après son recyclage. Cette probabilité est de 60% à la 6e année.

Période d'activité (années)	Nombre total de participantes*	Nombre d'abandons	% restant à l'EN	Probabilité d'exercer l'EN
0 – 1 an	233	1	99,6	99,6
1 – 2	214	3	98,6	98,2
2 – 3	158	8	94,9	93,2
3 – 4	100	4	96,0	85,9
4 – 5	74	8	89,2	76,6
5 – 6	41	10	75,6	57,9

(*) ont été exclues sur les 239 enquêtées les 6 sages-femmes exerçant d'autres fonctions que celles de sages-femmes.

2.6. Probabilités d'exercer ou d'enseigner l'EN pour les sages-femmes recyclées.

5.3. – COMMENTAIRES.

La mobilité professionnelle du personnel paramédical est un phénomène que l'on retrouve dans presque tous les pays du monde. Il existe peu d'études sur ce sujet en Algérie, et il est donc intéressant d'examiner le devenir de l'équipe de santé après sa formation en PMI-EN.

Deux conclusions essentielles peuvent être dégagées :

1. — 86% des sages-femmes recyclées accomplissent les tâches qu'elles ont apprises et font ce pour quoi elles ont été préparées au cours des sessions de recyclage. Ainsi se trouve vérifiée une hypothèse non formulée initialement mais sous-jacente à l'entreprise : les sages-femmes sont les meilleurs agents, les plus fiables, pour la diffusion des techniques d'EN et l'amélioration des prestations fournies à la population.

2. — La stabilité professionnelle est un avantage pour la population concernée, qui a besoin de s'adresser à la même personne au fil des ans. La faible mobilité vers les grandes villes maintient la décentralisation du programme en faveur des zones rurales.

La remarquable stabilité dont fait preuve le personnel ne peut être rattachée à des avantages financiers. Elle est attribuable au fait que les activités d'EN représentent souvent une promotion et une valorisation du travail du personnel. Avec l'EN, la sage-femme diversifie ses activités habituelles et elle devient, localement, valorisée par rapport à la population qui la consulte.

Le bilan de l'expérience apparaît globalement et largement positif. Ce qui reste à développer est la formation organisée localement. Des sessions de recyclage devraient être organisées par région, en suivant des programmes communs. Les démarches ont déjà été faites dans cette direction et doivent être développées dans le futur.

En ce qui concerne la durée de vie professionnelle des sages-femmes, on ne doit pas oublier qu'elle a ses limites naturelles. Il faut en tenir compte dans les prévisions de formation pour leur remplacement à long terme. Le tableau 2.6. est un exemple de méthode permettant de prévoir le "turn over" de cette catégorie de personnel.

Il faut aussi tenir compte du fait que la politique de médecine gratuite a facilité l'accès aux soins et à la prévention pour la population de tout le pays, et qu'elle entraîne une demande légitimement accrue des activités de PMI-EN.

6. — DISCUSSION GENERALE.

Dans la formation de base des sages-femmes et autres membres de l'équipe paramédicale, il n'existe pas — jusqu'à ce jour — d'enseignement spécifique en EN. Il reste facultatif dans les 6 heures réservées à "l'organisation de la PMI" aux deuxièmes années de sages-femmes. Les résultats du pré-test ont aussi montré l'insuffisance de la formation des sages-femmes dans le domaine de la PMI

Les post tests ont montré un gain important et donc la nécessité du recyclage. D'autre part, le faible taux d'abandons dans le poste de travail encourage ce genre de formation en cours d'emploi dont le bénéfice est démontré sur plusieurs années.

Un des aspects contraignants des sessions de recyclage est la lenteur du processus et le nombre important d'animateurs nécessaires pour ce type d'enseignement. En effet, étant donné les autres activités nationales du BCPMI, et le nombre très réduit de son personnel, il peut organiser au maximum 4 sessions d'un mois chaque année. Durant ces 4 sessions, un maximum de 100 personnes peut être formé. Il arrive que plusieurs personnes de la même PMI demandent à suivre ces sessions, il arrive aussi que soient recyclées des monitrices des écoles paramédicales, ce qui réduit de fait les possibilités d'intégration des activités d'EN dans les centres de PMI existants.

Il existe d'autres méthodes possibles de formation à l'EN. En priorité, il faut considérer la formation de base des agents paramédicaux. Dès 1981, dans la réforme des études paramédicales, un programme plus détaillé de PMI-EN a été proposé : l'expérience a été réalisée à Constantine et à Alger, sous forme de séminaires dirigés par des monitrices "recyclées".

En 1983, un module comprenant des objectifs théoriques et pratiques a été proposé à la direction de la formation paramédicale du Ministère de la Santé, pour implémentation dans tous les instituts de technologie de la santé et les écoles paramédicales. L'intégration de ce module aux études paramédicales assurera ainsi un personnel immédiatement opérationnel, dès sa sortie des écoles.

En ce qui concerne la formation en cours d'emploi, et pour développer au maximum le programme d'espacement des naissances, il y a intérêt à impliquer tous les membres de l'équipe médicale et paramédicale. Pour le moment, la partie la plus importante du recrutement est représentée par les sages-femmes (près de 90%). La diversification du recrutement au profit des autres catégories a été envisagée, de façon à promouvoir l'espacement des naissances dans les régions sans sages-femmes. Des accoucheuses rurales-infirmières

et des accoucheuses rurales ont été choisies en fonction de leur ancienneté, de leur expérience réelle et de leur bonne intégration au sein de la population, pour participer aux sessions de recyclage. Par ailleurs, on a également recyclé et formé des médecins, futurs formateurs et animateurs.

Cette diversification de recrutement présente un double bénéfice. Elle permet : d'intéresser tous les membres de l'équipe médicale aux problèmes de la PMI ; de former le personnel en équipe, formation plus fructueuse que celle des personnes isolées et encore assez peu répandue en Algérie (exceptée l'expérience de l'Institut de Technologie de la Santé Publique de Constantine).

D'autre part, en janvier 1983, sur les 700 centres de protection maternelle et infantile, un peu plus de 300 possède un personnel formé à l'espacement des naissances. Il semble raisonnable d'envisager que sur les 700 centres, 65% à la fin de 1983 et 90% à la fin de 1984 disposeraient de personnel spécifiquement formé à l'espacement des naissances. En retenant cet objectif, il faut prévoir la formation des personnels supplémentaires pour pourvoir les nouveaux centres et remplacer les personnels qui cesseront leur activité.

Cette formation ne peut être assurée dans les délais indiqués par la formule des sessions d'un mois utilisée en 1974-1980. Aussi, une formule courte de mini-recyclage (6 journées) a-t-elle été étudiée et testée.

Cette nouvelle formule a été mise au point, une session test organisée, puis appliquée à Alger, au niveau du service d'espacement des naissances et dans deux secteurs sanitaires universitaires.

Le nouveau programme a été discuté avec du personnel des centres d'espacement des naissances, afin d'en évaluer la pertinence. En effet, il fallait s'assurer que ce programme théorique, associé à un stage pratique d'une semaine, était suffisant pour former du personnel apte à créer et animer par la suite des centres d'espacement des naissances intégrés à la protection maternelle et infantile.

Devant le résultat positif de la formule, nous nous sommes fixés un nouvel objectif de décentralisation maximale de la formation, en utilisant partout les mêmes programmes, la même documentation et les mêmes méthodes de travail, déjà testés et évalués.

Ainsi, un dossier comportant les objectifs de la formation théorique et pratique, le programme (annexe 4), ainsi que la documentation, a été diffusé aux secteurs sanitaires (parfois aux Directions de Santé de Wilaya) désireux d'entreprendre cette action.

Chaque fois, une séance de travail a eu lieu au service d'espacement des naissances, avec un ou des animateurs locaux, pour en adapter les modalités d'organisation aux possibilités et aux nécessités locales. Très généralement aussi, cette action a été préalablement discutée au niveau des Conseils Médicaux des secteurs sanitaires.

Pour ces sessions décentralisées, la formation est assurée par le personnel déjà recyclé, aidé, dans la partie théorique de l'enseignement, par des médecins du secteur sanitaire, et souvent, par des gynécologues.

La plupart des secteurs sanitaires ont été intéressés par cette nouvelle formule, l'ont essayée et ont parfois apporté localement des modifications.

Le personnel recyclé au cours de ces "mini" sessions aura reçu une formation théorique et effectué un stage pratique. Il renforcera le personnel des centres d'espacement des naissances déjà existants, permettra l'ouverture de nouveaux centres, et, à son tour, formera d'autres personnels.

Cette méthode de formation décentralisée devra être évaluée à moyen terme pour juger de son efficacité et de son impact réel sur la qualité des prestations offertes à la population. L'objectif de formation de personnel apte aux actions d'espacement des naissances dans 90% des centres de protection maternelle et infantile du pays une fois atteint — et il est possible de l'atteindre fin 85 — il sera alors envisagé de programmer un système de formation continue pour les personnes déjà recyclées, et ce, d'autant plus que commenceront à sortir des écoles paramédicales des personnels ayant reçu une information plus systématisée en espacement des naissances au cours de leur formation de base.

On peut déjà s'interroger sur une des limites de ce programme, due au fait qu'il repose exclusivement sur les services de santé existants. Le problème de l'accès aux soins de toutes les parties de la population va être posé. Les services de santé n'assurent pas la couverture de tous les besoins de santé, en particulier dans les zones rurales où vivent 6/10e de la population totale, soit environ 11.721.000 personnes. Comme il y a 835.000 naissances annuelles, 500.000 ont lieu en zone rurale. Même en zone urbaine, tous les accouchements n'ont pas lieu en milieu assisté (hôpitaux, cliniques, maternités rurales...) ; en zone rurale, les accouchements à domicile forment parfois 90% du total des naissances. Ces accouchements à domicile ont lieu avec l'aide soit de membres de la famille (belle-mère, tantes...) soit, le plus souvent, des accoucheuses traditionnelles. Ces matrones participent habituellement aux prestations d'espacement des naissances avec leurs méthodes propres. Ne faudrait-il pas utiliser leur influence au sein de la communauté pour qu'elles participent à un programme national d'espacement des naissances, selon des modalités à mettre au point ?

Non seulement la question mérite d'être posée, mais des expériences ont été tentées dans ce sens par certains secteurs sanitaires (Aïn El Kebira, Aïn El Hammam) avec succès. Une enquête nationale a été lancée pour déterminer les possibilités ouvertes par cette collaboration (49).

EVALUATION DES ACTIVITES D'ESPACEMENT DES NAISSANCES DE 1975 A 1979

ASPECT QUANTITATIF

Nous exposerons ici essentiellement les résultats des cinq premières années du programme (1975-1979). En effet, les informations couvrant cette période ont été traitées exhaustivement tant sur le plan qualitatif que sur le plan quantitatif, en utilisant des moyens informatiques. Cette évaluation comprendra deux parties :

1. Une partie quantitative, rétrospective, elle concerne le recensement des méthodes contraceptives proposées dans les centres d'EN. Cette partie sera réalisée à partir des rapports trimestriels transmis par les secteurs sanitaires et fera l'objet du chapitre III.

2. Une partie qualitative qui va mesurer les phénomènes sociaux, économiques et sanitaires pouvant être rapportés aux processus déterminant le déclin de la fécondité. Cette seconde partie sera réalisée à partir de l'information recueillie à la base dans les dossiers individuels des consultantes, par la méthode des échantillonnages. Elle sera détaillée dans le chapitre IV.

Dès le début du programme, les conditions de son évaluation continue ont été mises en place : par le biais de la formation en cours de recyclage et par la mise en place des supports nécessaires à l'information.

La formation pratique et théorique des personnels recyclés visait, entre autres, à les sensibiliser aux problèmes de recueil des informations, et de l'importance de leur traitement dans l'évaluation des actions de santé publique. Durant les sessions de recyclage, un

enseignement de statistiques est dispensé, pendant lequel on souligne l'importance de l'évaluation du programme et le rôle clef que le personnel du terrain joue dans cette évaluation. Au cours des stages pratiques, les sages-femmes se familiarisent avec la manipulation des dossiers, fiches et registres, et réalisent des exercices de rapports d'activités.

1. — LES SOURCES D'INFORMATION.

L'évaluation "quantitative" rétrospective repose sur des rapports trimestriels réalisés à partir des supports d'information suivants :

1.1. — AU NIVEAU PERIPHERIQUE.

Il existe des dossiers individuels, des fiches individuelles et des fiches répertoires. Enfin, toutes les activités sont relevées sur un registre journalier.

1.1.1. — **La fiche individuelle** (Annexe 7).

Remise à la consultante, elle reprend les éléments d'identification et un résumé très succinct de l'histoire contraceptive. Elle permet de retrouver aisément les dossiers et de visualiser très rapidement la situation en matière de contraception. Elle sert aussi de fiche de liaison en cas de déplacement de la patiente vers un autre secteur sanitaire.

1.1.2. — **La fiche répertoire.** (Annexe 8).

Elle reprend l'identification de la patiente et permet de retrouver un dossier individuel lorsque la patiente a égaré sa fiche individuelle.

1.1.3. — **Le dossier individuel** (Annexe 9).

Ce dossier est ouvert pour chaque "nouvelle" consultante, quel que soit le motif de la consultation. Comme la fiche répertoire, il est classé au niveau du centre où se déroule la première consultation.

Hormis les renseignements d'état-civil et d'ordre socio-économique sur le couple, le dossier comporte les données du premier examen gynécologique, les résultats des examens complémentaires, les constatations ultérieures et les décisions prises en matière de contraception : méthodes et fournitures remises à la patiente.

L'utilisation de ce dossier appelle des commentaires.

En ce qui concerne les renseignements d'état-civil, si l'identification est généralement complète, l'adresse et les données concernant l'époux sont souvent partielles à cause de la fréquente ignorance des femmes concernant des faits qui se rapportent au mari.

L'anamnèse obstétricale est le plus souvent établie à partir du livret de famille, mais avec cette méthode, on omet parfois les avortements et les mort-nés non déclarés à l'état-civil. Il arrive que la sage-femme se contente de recopier l'année de naissance des enfants, sans le mois ni le jour.

Les antécédents médico-chirurgicaux et gynécologiques sont rarement détaillés. Le plus souvent, les cases destinées à cette information sont barrées de la mention "RAS". A l'inverse, dès qu'un élément d'une quelconque importance fait son apparition, il est décrit avec un luxe excessif de précision. Il en est de même pour le premier examen.

La case comportant des questions sur la vie sexuelle n'est pas toujours remplie : si certaines sages-femmes utilisent cette série de questions pour mettre à l'aise une patiente intimidée, et même pour la "dérider", d'autres, généralement les plus jeunes et les célibataires répugnent à poser ce type de questions, et le justifient en disant que "cela ne les regarde pas".

Malgré ces défaillances, le dossier est généralement rempli de manière complète et précise. Les lacunes les plus importantes sont constatées dans les centres où des consultations sont assurées par des médecins, qui se contentent souvent de noter la date et un éventuel "RAS" : la relation établie avec la consultante est alors entièrement

"médicalisée", l'investissement est total dans l'acte de consultation proprement dit, et il n'est pas jugé nécessaire d'en laisser une trace écrite.

1.1.4. — Le registre de consultation (Annexe 10).

Toutes les activités d'EN sont reportées sur le registre journalier de consultation, qui servira à établir le rapport trimestriel du service. Il comprend des colonnes mentionnant toutes les activités possibles dans un centre d'EN et toutes les situations pouvant se présenter au cours d'une consultation.

Ce registre est conçu pour être utilisé au fur et à mesure de l'activité quotidienne. Une ligne est réservée à chaque consultante. Pour la sage-femme, il suffit donc de cocher deux ou trois colonnes pour chaque patiente. La sommation des actes par colonne peut se faire en fin de journée, de semaine, de mois ou de trimestre. Elle donne une estimation quantitative de l'activité du centre. C'est sur cette base que sera rédigé le rapport trimestriel d'activités, et que seront calculés les besoins en fournitures. Les rapports trimestriels des centres sont les documents utilisés pour réaliser l'évaluation quantitative ci-après (cf. 2).

Les sages-femmes découvrent que, malgré son caractère apparemment fastidieux, la tenue du registre journalier est une aide précieuse qui fournit très rapidement une grande quantité d'informations chiffrées sur les activités du centre.

1.2. — AU NIVEAU CENTRAL.

1.2.1. — Le rapport trimestriel d'activités (Annexe 11).

Les secteurs sanitaires adressent un rapport trimestriel de toutes les activités de santé publique au Ministère de la Santé. Le rapport trimestriel d'EN respecte cette périodicité, établie par l'administration centrale, et s'y insère progressivement et tout naturellement.

A la fin de chaque trimestre, chaque centre fournit son rapport d'activité. C'est en fonction de ce rapport d'activité que seront calculés le réapprovisionnement du centre en produits contraceptifs, et l'éventuel renforcement de son équipement en matériel non fongible (spéculums, pinces, hystéromètres...).

Le rapport trimestriel apporte les renseignements suivants :

- le nombre de nouvelles et d'anciennes acceptantes, et le nombre total des consultations du trimestre ;

- des données chiffrées sur les méthodes contraceptives :

1) DIU : le nombre de premières insertions, nombre de contrôles, de retraits (pour raisons médicales et pour convenance personnelle), nombre d'expulsions, de réinsertions, d'abandons, de changements de méthode, enfin, nombre de grossesses avec DIU en place ;

2) contraceptifs oraux : le nombre de premières utilisations, nombre de visites pour réapprovisionnement, nombre d'abandons et de changements de méthode ;

3) spermicides et condoms : le nombre de premières utilisations et de réapprovisionnement ;

- le nombre d'examens complémentaires demandés et pratiqués : microbiologie vaginale, frottis vagino-utérins, cytologie hormonale, colposcopie, biopsie du col, biopsie de l'endomètre, autres examens ;

- le nombre de traitements prescrits pour vaginite, cervicite et autres infections ;

- le nombre de consultations pour stérilité primaire ou secondaire, celles-ci étant ventilées en fonction de la contraception antérieure, après arrêt de contraception orale ou retrait de DIU.

Le rapport trimestriel comporte aussi la description du personnel en fonction dans le centre, éventuellement la liste des stagiaires du centre, et une case réservée aux observations de la responsable du centre.

1.2.2. — Le contrôle des rapports trimestriels.

Le rapport trimestriel est d'une importance majeure pour suivre l'application du programme national d'EN. Il doit donc être minutieusement contrôlé.

La plupart du temps, les sages-femmes du terrain viennent elles-mêmes remettre leur rapport d'activité et se réapprovisionner en contraceptifs, ce qui permet d'échanger et de réunir des informations supplémentaires sur le déroulement du programme. Lorsque la sage-femme vient remettre son rapport, il est toujours examiné en sa présence, afin de pouvoir discuter avec elle, le rectifier éventuellement, et surtout, en commenter les résultats.

Lorsque le rapport est transmis par courrier ou par porteur, une lettre est adressée au secteur sanitaire, avec copie à l'intéressée, faisant part des observations et commentaires, et demandant les éventuels compléments d'information.

Un bilan annuel est rédigé à partir de ces rapports. Il est adressé à toutes les personnes concernées sur le terrain, afin de leur permettre de situer leur propre action dans un contexte plus vaste, ce qui permet à chaque travailleur impliqué dans le programme de situer le travail de son centre et de mesurer ses activités avec un certain recul : c'est une forme de rétro-information.

Il faut cependant noter que, malgré les efforts accomplis à tous les niveaux pour expliquer l'importance de cette évaluation, elle reste parfois perçue comme un pensum, dont l'utilité fondamentale réside dans le fait qu'elle est la condition nécessaire pour que le centre reçoive les produits contraceptifs dont il a besoin pour continuer à fonctionner.

2. — RESULTATS.

2.1. — LES CENTRES DE PMI-EN ET LEUR PERSONNEL.

En janvier 1983, 303 centres d'EN sont recensés. Ces centres ont été progressivement implantés sur l'ensemble du territoire. Toutes les Wilayate du pays possèdent un ou plusieurs centres d'EN.

Ces centres existent aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale. Dans les zones éparses encore dépourvues de centres de PMI-EN, des PMI itinérantes essaient d'étendre le champ couvert par ces activités de santé.

Avec le système des "mini-recyclages", il a été possible de former, de février à mai 1983, le personnel d'une trentaine de centres d'EN. Les objectifs sont de recycler 65% du personnel des 700 centres de PMI d'ici fin 1983 et environ 90% de ce même personnel à la fin 1984.

Pour des raisons déjà exposées, le programme algérien d'EN repose presqu'exclusivement sur des agents paramédicaux recyclés.

Le tableau 3.1. donne l'évolution du personnel recyclé.

Années	1974	75	76	77	78	79	80	Total
Nombre de personnes recyclées	50	40	36	69	73	89	64	421

3.1. Evolution du personnel recyclé de 1974 à 1980.

Au total, 421 personnes (comprenant médecins, sages-femmes, AMSP, infirmières, accoucheuses rurales) ont été recyclées par le BCPMI, permettant le fonctionnement de 260 centres d'EN intégrés aux PMI préexistantes. (En 1983, le système des mini-recyclages a permis la formation d'environ 70 personnes, ce qui porte le total du personnel recyclé à 491 fin mai 1983. Ce système décentralisé continue à être pratiqué dans la plupart des secteurs sanitaires).

2.2. — EVALUATION GLOBALE DES ACTIVITES.

L'étude va porter sur les années 1975 à 1979.

L'évaluation se souciera tout particulièrement du nombre de nouvelles acceptantes. Le terme "nouvelle acceptante" s'entend ici de toute personne qui accepte pour la première fois telle ou telle

méthode de contraception. Le nombre de nouvelles acceptantes que le programme gagne chaque année est primordial. Il est parfois difficile de recueillir des renseignements très précis à ce sujet, car il peut se produire des doubles emplois qui n'apparaissent pas dans les statistiques. Par exemple, une femme pourra avoir accepté un DIU en 1976, l'abandonner en 1977 pour la pilule. Si entre temps elle change de centre de PMI (ce qui est plus fréquent dans les zones urbaines où les centres sont plus proches les uns des autres), ou si encore elle est reçue par une sage-femme qui ne la connaît pas (ou ne la reconnaît pas), elle risque d'être comptée une seconde fois comme "nouvelle" acceptante. Dans ces quelques cas, la fiche répertoire et la fiche individuelle ont été mal utilisées.

De 1975 à 1979, les prestations fournies par les centres ont régulièrement augmenté. Le nombre de nouvelles acceptantes a été multiplié par 5 depuis le début du ~~programme (tableau~~ 3.2.).

Années	1975	1979
Nouvelles acceptantes	13.784	82.076

3.2. Evolution des nouvelles acceptantes de 1975 à 1979.

Ces chiffres donnent une première idée de la capacité d'accueil des centres, mais aussi de l'étendue des besoins qui restent à couvrir, puisqu'il y avait 3.600.000 femmes en âge de procréer en 1979.

Le total des consultations (anciennes acceptantes + nouvelles acceptantes) a été multiplié par 6, comme il ressort du tableau 3.3.

Années	1975	1979
Nombre total de consultations	47.998	331.989

3.3. Evolution du nombre total de consultations de 1975 à 1979.

La figure 3.4. montre, par année, la progression des consultantes.

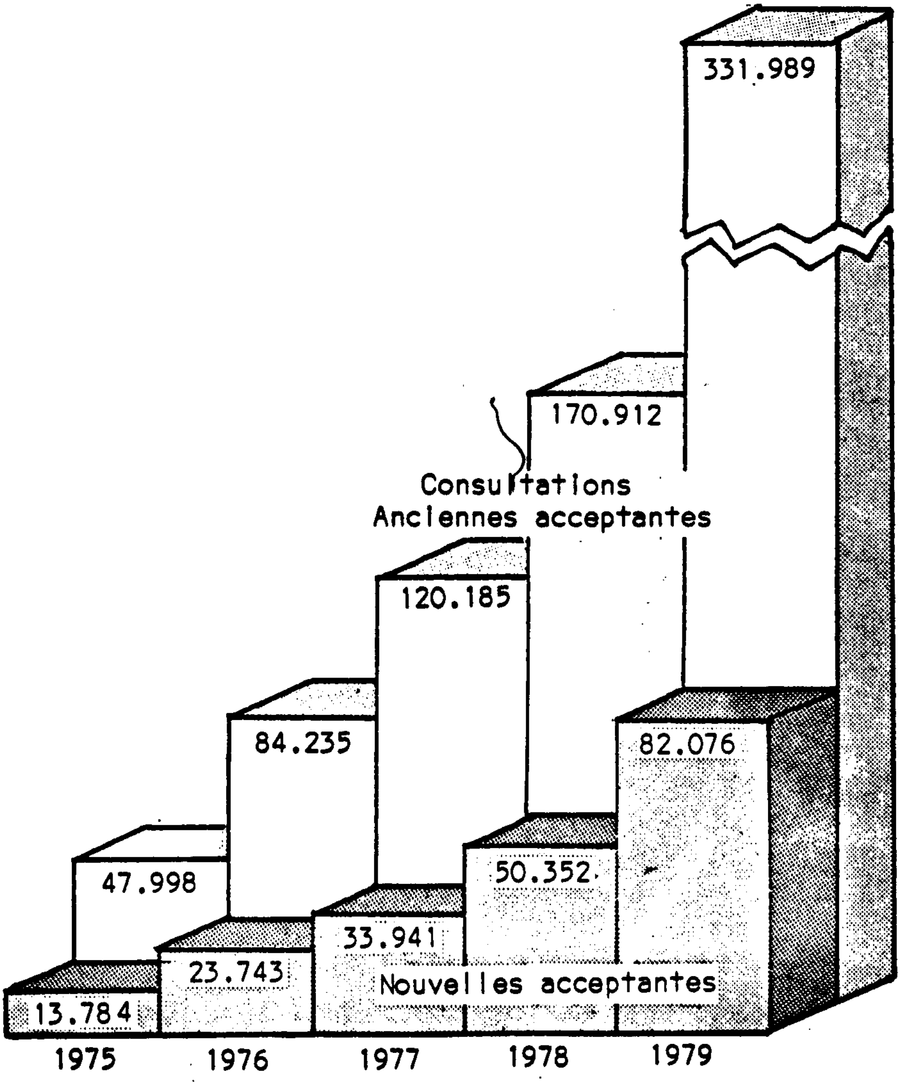


figure 3.4. Evolution des nouvelles acceptantes et du nombre total de consultations de 1975 à 1979.

Le nombre moyen de consultantes, anciennes et nouvelles, par année et par centre, figure au tableau 3.5.

Année	75	76	77	78	79
Nombre de centres	38	95	122	156	237
Nombre de nouvelles par centre	363	250	278	323	322
Nombre d'anciennes par centre	900	636	707	772	1.078

3.5. Nombre moyen de consultations de nouvelles et anciennes acceptantes.

On note la diminution du nombre moyen de nouvelles acceptantes par centre entre 1975 et 1976, puis la remontée régulière de ce nombre jusqu'en 1980. L'augmentation importante du nombre de centres (de 38 à 95) entre 1975 et 1976 explique la fréquentation plus faible de chacun. La multiplication des centres au cours de cette période a partiellement mieux répondu à l'importante demande spontanée de prestations d'EN, due à l'application de la médecine gratuite. Il s'agit cependant là de chiffres moyens, et on constate, en analysant les données pour chaque centre, que les services bien implantés, ayant une tradition de sérieux, et dont le personnel a acquis une réputation solide auprès de la population, n'ont pas connu ce fléchissement dans le nombre de leurs acceptantes, si ce n'est par la "fuite" des consultantes vers les nouveaux centres ouverts et établis près de leur domicile.

2.3. — ANALYSE SELON LES METHODES CONTRACEPTIVES.

2.3.1. — Pilules et DIU.

Le rapport entre les dispositifs intra-utérins (DIU) et les contraceptifs oraux (CO) utilisés par les nouvelles acceptantes, est porté dans le tableau 3.6.

Année	75	76	77	78	79
% DIU % CO	46 54	24 76	22 78	8 8[illegible]	20 80

3.6. — Utilisation des pilules et DIU par les nouvelles acceptantes de 1975 à 1979.

Sauf pour l'année 1975, où le principal centre d'EN fonctionnait à Alger, avec un nombre très important d'insertions de stérilets, le pourcentage des utilisatrices de DIU est de 21%.

2.3.2. — **Condoms et spermicides** (tableau 3.7.).

En ce qui concerne l'utilisation des condoms et produits spermicides locaux, l'irrégularité des chiffres reflète celle de leur disponibilité. Cependant depuis le deuxième semestre 1979, la fourniture de ces produits paraît plus régulière.

Année	75	76	77	[illegible]8	79
Spermicides Condoms	252 241	272 190	2.956 548	[illegible]38 [illegible]61	2.268 806

3.7. — Utilisation des spermicides et condoms de 1975 à 1979.

2.4. — AUTRES ACTIVITES.

L'activité d'espacement des naissances ne se limite pas à la seule prescription d'une méthode contraceptive adéquate. Le programme intègre également l'éducation de chaque consultante ou de chaque couple qui se présente aux centres.

Lorsqu'il se produit une grossesse, à l'arrêt de la contraception, la femme est prise en charge pour la surveillance de sa grossesse, de son accouchement et du post-partum.

De plus, les centres d'EN sont également des centres de dépistage et d'orientation des stérilités, de dépistage et d'orientation des cancers du col, de dépistage et de traitement de certaines affections gynécologiques.

Les tableaux suivants montrent l'évolution de ces activités.

a) Nombre de traitements prescrits, d'examens complémentaires demandés, et de stérilités dépistées et orientées (tableau 3.8.).

Année	75	76	77	78	79
Traitements	12.062	14.109	18.674	29.469	45.652
Examens	3.786	5.379	5.961	9.036	18.167
Stérilités	1.807	1.941	2.210	5.928	10.245

3.8. Autres activités des centres d'EN.

b) Nombre moyen de traitements, examens complémentaires et stérilités, par centre (tableau 3.9.).

Année	75	76	77	78	79
Nbre. centres	38	94	122	156	237
Traitements	317	149	167	189	193
Examens	100	57	49	58	77
Stérilités	48	20,4	20	38	43

3.9. Nombre moyen des autres activités par centre.

La diminution relative des chiffres par centre entre 1975 et 1978 est due au fait que le premier centre d'EN (CHU Mustapha) a vu ses activités décroître à cause de l'ouverture d'autres centres. D'autre part, les centres ouverts en dehors des grandes villes disposent de possibilités moindres sur le plan des investigations complémentaires et de la thérapeutique.

3. — COMMENTAIRES ET DISCUSSION.

Les commentaires porteront d'une part sur la méthode d'évaluation employée ici et les autres possibilités, et d'autre part, sur les moyens contraceptifs utilisés par comparaison avec l'étranger, et enfin, sur la place des centres d'EN dans le pays et l'incidence démographique de la contraception.

3.1. — FIABILITE DES SOURCES D'INFORMATION.

Dans cette première partie de l'évaluation, c'est le contenu des rapports trimestriels contrôlés qui a été utilisé. Par ailleurs, il existe au niveau des centres de santé, PMI, polycliniques, maternités rurales et services de prévention, une information sanitaire de base qui est le plus souvent complète et de bonne qualité. Pour traiter cette information brute, la méthode la plus recommandable est celle des échantillonnages recueillis par sondage dans les centres. Cette procédure sera utilisée pour l'évaluation dite "qualitative" dans le chapitre IV.

La rétro-information.

La rétro-information entraîne une amélioration du recueil des données par le personnel de base. Elle est améliorée lorsque utilisateurs et fournisseurs de l'information étudient ensemble les objectifs de l'utilisation de l'information, rapportée aux besoins de santé de la population qu'ils desservent. Cette consultation bilatérale a permis entre autres la simplification des rapports trimestriels d'activité et de les rendre plus exploitables au niveau central.

D'autres méthodes d'évaluation ont été utilisées pour le même programme.

3.2. — AUTRES METHODES D'EVALUATION.

Deux autres méthodes d'évaluation ont été employées, impliquant des évaluateurs "externes", c'est-à-dire étrangers au programme d'EN.

3.2.1. — Les séminaires d'évaluation des soins de santé primaires.

Ils sont organisés dans une wilaya donnée et comportent l'évaluation sur place des programmes de lutte antituberculeuse, de vaccinations, de PMI et d'EN. Ces séminaires durent deux jours et sont supervisés par une équipe de pneumophtisiologie d'une part et celle d'EN d'autre part. Ils réunissent toutes les personnes concernées dans la wilaya par les soins de santé primaires.

Leurs bilans d'activité sont exposés par secteur et commentés avec les organisateurs. De ces échanges naissent des suggestions qui servent à modifier parfois le rapport d'activité. Un des objectifs de ces séminaires est d'apprécier sur le terrain l'ensemble des programmes et leur coordination, de motiver les agents en place, de s'informer "in situ" et de réinformer la base. De plus, ce travail contribue à situer la PMI-EN dans la globalité des soins de santé primaires, et non pas comme une activité isolée.

Par ailleurs, des activités d'évaluation ont été menées avec des structures extérieures à la santé. On peut citer à cet égard l'organisation des stages pour une partie des élèves ingénieurs de l'Institut de Planification, sur l'EN.

3.2.2. — Institut de Technologie de Planification et d'Economie Appliquée (ITPEA).

Jusqu'à présent, les méthodes d'évaluation indiquées sont le fait de personnels de la santé. Les questions de l'EN débordent le cadre strict de la santé, il a paru intéressant de faire appel à des personnels appartenant à d'autres structures que la santé. Le Ministère du Plan est particulièrement concerné par le coût et les implications des actions de santé ; on a fait appel à un institut sous tutelle de ce ministère, l'ITPEA.

Plusieurs groupes d'étudiants de deuxième année de l'ITPEA, accompagnés de leurs responsables de stage ont été envoyés dans différentes wilayate, pour analyser sur place, avec le personnel local des PMI, les activités d'EN et la structure de la clientèle. Des mémoires ont été élaborés à la suite de ce travail sur le terrain. Ces mémoires seront vus davantage en détail au chapitre IV.

Cette expérience a montré plusieurs avantages à cette collaboration :

a) Le fait de contrôler l'information parvenue au BC PMI sur un certain nombre d'aspects de l'EN, en organisant la saisie de l'information à la base a permis de dresser un "portrait de l'EN en Algérie".

b) Les étudiants planificateurs ont été sensibilisés à des problèmes de santé, ce qui suscite l'espoir d'éveiller chez quelques-uns d'entre eux un intérêt particulier pour ces problèmes.

c) En débordant le cadre strictement médical, on tente de placer l'EN dans son contexte socio-économique et culturel ; par exemple, étudier la structure de la clientèle ne peut qu'aider à l'adaptation du programme à la réalité du pays et donc à sa meilleure application.

Enfin, ce travail a servi de pré-échantillonnage à l'évaluation "qualitative" du programme national d'EN (cf. chapitre IV).

3.3. — LES AMELIORATIONS A APPORTER A L'EVALUATION.

Parmi les améliorations possibles, la simplification des rapports trimestriels d'activité a été envisagée. Progressivement, avec l'aide des utilisatrices, ce rapport trimestriel a été modifié, de manière à être aussi efficace que possible.

C'est ainsi qu'au départ, les acceptantes de methodes contraceptives étaient séparées en "acceptantes directes" et "acceptantes indirectes". Ces termes avaient été définis dans une etude particulière de l'OMS ; l'acceptante directe était la femme qui acceptait une méthode contraceptive dans les trois mois qui suivaient la fin d'une grossesse ; les terme d'acceptante indirecte recouvrait tous les autres cas. L'usage de cette terminologie s'est révélée source d'ambiguïté, malgré une information précise donnée au personnel lors du recyclage. Ainsi, certaines considéraient comme acceptante "directe" la patiente qui se présentait "sans intermédiaire" au centre d'EN, d'autres, celle qui n'était pas encore une "habituée" de la PMI avant de

venir à l'EN... Aussi, cette distinction, d'ailleurs parfaitement inutile à notre programme, a-t-elle été purement et simplement supprimée du rapport d'activité.

D'autre part, un groupe de travail composé de sages-femmes travaillant sur le terrain et l'équipe du Bureau Central a étudié les améliorations à apporter au rapport trimestriel.

En effet, le système de ces rapports est satisfaisant pour ce qui concerne l'activité des centres (mesure du nombre de consultations, du nombre d'actes et d'examens). Mais il ne donne pas d'appréciation sur le nombre de femmes réellement pratiquantes de méthodes, à l'exclusion des nouvelles acceptantes, ni sur le suivi (nombre moyen de visites par femme et par an), ni sur les "perdues de vue" ou les échecs de certaines méthodes contraceptives. Le problème posé était de trouver une procédure pratique pour évaluer le nombre d'anciennes acceptantes de méthodes, sans alourdir un système de statistiques des activités déjà complexe à manier.

Ce groupe de travail a constaté que toutes les sages-femmes connaissaient cette insuffisance, mais qu'en dehors d'une analyse de tous les dossiers, sur une année par exemple, personne ne voyait de solution pratique à court terme. Par cette confrontation, il a été possible de proposer des solutions actuellement expérimentées, praticables sans surcroît de travail trop important, et sans modification notable du registre d'EN.

3.4. — LES METHODES CONTRACEPTIVES UTILISEES EN ALGERIE : COMPARAISON AVEC L'ETRANGER.

La proportion de DIU utilisée en Algérie, 21%, pour 79% des autres méthodes contraceptives, est comparable à celle de nombreux pays dans le monde (tableau 3.10).

Pays	Date	Pourcentage FMAF toutes méthodes	DIU
Angleterre et pays de Galles	1975	76	6
Belgique	75-76	87	3
Danemark	77-78	92	8
Etats-Unis	1976	69	6,1
France	1978	67	9,1
Finlande	75-78	nd	20
Hongrie	1974	75	2
Italie	76-77	nd	3
Japon	1977	60	7
Pays-Bas	1975	71	4
Suède	1977	75	19

3.10. Estimation du pourcentage de femmes mariées d'âge fécond qui emploient des DIU dans certains pays.

3.5. — PLACE DES CENTRES D'EN DANS L'ACTIVITE DE CONTRACEPTION DANS LE PAYS.

En 1978, les centres de PMI ont assuré la contraception de 90 787 femmes mariées en âge de procréer, soit 3,63% de la population-cible. Plus important encore, ils en ont assuré le "suivi". En effet, si la même année la Pharmacie Centrale Algérienne a commercialisé de surcroît 2 252 099 cycles de contraceptifs oraux, soit la quantité théorique pour 173 238 années-femmes, ou encore 6,92% de la population des femmes mariées en âge de procréer, à la PMI, les acceptantes sont toujours suivies, alors qu'en dehors de ces structures, elles ne rentrent pas dans un système de prise en charge organisé.

En gros sur 100 femmes sous contraceptifs, 40 s'adressent à un centre de PMI-EN et 60 à d'autres structures ; 40 sont donc effectivement prises en charge régulièrement, alors que personne n'est en mesure de préciser si et comment les 60 autres sont suivies.

3.6. — INCIDENCE DEMOGRAPHIQUE.

On a pu calculer le nombre de naissances évitées grâce au programme d'EN entre 1975 et 1979 inclus. Dans un premier temps, on détaillera la méthodologie employée à propos de l'année 1979. Ensuite, on appliquera cette méthode à l'ensemble de la période considérée.

3.6.1. — Calculs pour l'année 1979.

En 1979, 146 049 femmes mariées ont été prises en charge. Ce total comprend : les nouvelles acceptantes de l'année 1979 (82 076) et d'anciennes acceptantes (63 973). Si les nouvelles acceptantes ont toutes régulièrement suivi le programme, par contre, il y a une "déperdition" par abandon parmi les anciennes. Le taux de déperdition est connu d'après l'expérience internationale ; il a été vérifié sur un échantillon de centres de PMI-EN. Il est de 30% au bout d'un an ; 50% au bout de 2 ans ; 65% au bout de 3 ans ; et 75% au bout de 4 ans.

On peut donc dénombrer : 25% des nouvelles acceptantes de 1975 sont toujours sous contraception en 1979 ; 35% de celles de 1976, etc. On arrive ainsi au tableau 3.11.

Années	75	76	77	78	79	Total
Nbre. de nouvelles acceptantes	13.784	23.743	33.941	50.352	82.076	
% de suivi	25 %	35 %	50 %	70 %	100 %	
Nbre. de femmes encore suivies	3.446	8.310	16.971	35.246	82.076	146.049

3.11. Estimation du nombre de femmes encore suivies en 1979.

On connaît par ailleurs le taux de fécondité légitime : 337,2‰ en 1977.

Les 146 049 femmes suivies auraient eu, sans contraception, un nombre de naissances égal au produit de ce nombre par le taux de fécondité :

146 049 X 337,2 ≡ 49 248.

Il faut tenir compte des échecs de la contraception, soit 350 grossesses pour 1979. On a donc évité : 49 248 moins 350 ; soit 48 898 grossesses, grâce à l'action des centres de PMI-EN.

6.3.6.2. — Calculs pour la période 1975-1979.

La méthode de calcul est semblable pour le taux de suivi.

Les "anciennes" de 1975 ne sont pas prises en compte — ce qui va diminuer le chiffre obtenu par rapport au chiffre réel. Le taux annuel d'échec est calculé sur la base de l'année 1979 par le rapport des échecs au nombre de naissances évitées : 350 : 48.898 = 0,0071.

A partir de ces paramètres, on arrive aux résultats figurant sur le tableau n° 19.

[illegible]	Nouvelles acceptantes (de l'année)	% de suivies	Nbre de suivies	Naissances attendues	Echecs	Différence	Total pour l'année
1975	13.784 (75)	100	13.784	4.648	33	4.615	4.615
1976	23.743 (76)	100	23.743	8.006	57	7.949	
	13.784 (75)	70	9.649	3.254	23	3.231	11.177
1977	33.941 (77)	100	33.941	11.445	81	11.364	
	23.743 (76)	70	16.620	5.604	40	5.564	
	13.784 (75)	50	6.892	2.324	17	2.307	19.235
1978	50.352 (78)	100	50.352	16.979	121	16.858	
	33.941 (77)	70	23.759	8.012	57	7.955	
	23.743 (76)	50	11.872	4.003	28	3.975	
	13.784 (75)	35	4.824	1.627	12	1.615	30.403
1979							48.898
							114.328

[illegible] ...sances évitées de 1975 à 1979.

L'action d'EN des centres de PMI a donc une efficacité croissante d'année en année. Elle est mesurée par le nombre estimé de naissances évitées, qui passe de 4 615 pour l'année 1975 à 48 898 pour l'année 1979 ; en 5 ans, cette efficacité a été multipliée par dix.

On peut estimer l'incidence de l'action d'EN dans les PMI, par suite des 114 328 naissances évitées, car on connaît : la mortalité avant l'âge de la scolarité, le pourcentage de demandeurs d'emploi par rapport au nombre de naissances, et le nombre de logements nécessaires. A partir de ces données, fournies par les démographes, on arrive aux résultats suivants :

— 93 800 enfants à scolariser en moins six ans plus tard, c'est-à-dire dans la période 1981-1985 ;

— et donc 17 000 salles de classe en moins à construire (en tenant compte de la double vacation actuelle) ;

— 57 200 demandeurs d'emploi en moins 18 ans plus tard, c'est-à-dire pour la période 1993-1997 ;

— enfin, 44 000 demandes de logement en moins à l'âge du mariage, soit à la fin du siècle.

Ces calculs doivent être pris comme des chiffres indicatifs. En effet, le pourcentage de femmes suivies au cours d'une année décroît régulièrement de 100 à 70% pour la première année, de 70 à 50%, de 50 à 35% puis de 35 à 25%. Cette réserve est importante à signaler pour les calculs. Mais elle est tempérée par une autre considération : certaines femmes ne reviennent pas pour subir le contrôle de leur stérilet s'il ne pose pas de problème — mais elles ont en fait leur DIU en place — d'autres encore prennent une provision de pilules excédant 11 mois et ne reviennent entre temps à la PMI que si elles présentent une complication. Toutes ces femmes continuent donc une méthode contraceptive, même si elles ne viennent pas dans le centre pendant l'année considérée.

EVALUATION DES ACTIVITES D'ESPACEMENT DES NAISSANCES

ASPECT QUALITATIF

1. — INTRODUCTION.

Ce chapitre expose les caractéristiques générales des consultantes et plus particulièrement leur influence sur le rapport à la contraception. La qualité des prestations fournies n'a pas été prise en compte ; on notera cependant qu'à partir des résultats obtenus dans notre enquête, on peut envisager l'amélioration de ces prestations dans le cadre du programme d'EN.

Les méthodes employées : celles de la pré-enquête, de l'enquête proprement dite et de l'exploitation des données recueillies seront décrites avant que les résultats ne soient exposés et commentés.

2. — METHODES.

Dans le chapitre III, l'évaluation des activités de PMI-EN a été réalisée à partir des rapports trimestriels parvenus au BCPMI. L'information alors utilisée se révélait de qualité mais présentait le désavantage d'avoir été plusieurs fois retranscrite, et aussi celui de ne pas comporter nombre de renseignements consignés à la base, dans les dossiers individuels des consultantes. Il a donc été décidé de recourir à ces derniers selon la méthode exposée plus loin.

Plusieurs problèmes ont été posés au départ de cette enquête. Ces dossiers étaient-ils exploitables ? Il a fallu le vérifier par une pré-enquête. Comment les exploiter ? La technique de l'échantillonnage a été choisie. Par la suite, les questionnaires et l'organisation de l'information ont été préparés, enfin, les résultats ont été analysés.

2.1. — PRE-ENQUETE.

Elle avait donc entre autres buts celui de vérifier la fiabilité des dossiers individuels comme source d'information. Elle a été effectuée par des élèves ingénieurs de l'ITPEA. Les wilayate retenues ont été celles d'Alger (centres de la Basse Casbah et de Mustapha), Ouargla, Laghouat (centre de Ghardaïa), Biskra, Annaba et M'Sila (centre de Bou Saada), et les centres d'EN ainsi choisis représentaient une variété assez large des différents types de situation qui peuvent se présenter en Algérie.

L'information a été dépouillée sur place par les étudiants de l'ITPEA en collaboration avec le personnel paramédical ; les étudiants, par groupe de trois ou quatre, ont séjourné sur place pendant trois semaines avec leurs responsables ; leurs conclusions ont été présentées sous forme de mémoires par les étudiants. Ces rapports ne peuvent être considérés comme des études définitives mais ils ont apporté des informations aussi bien sur la fiabilité des documents consultés que sur la qualité des activités. Pour chaque centre de PMI-EN, ces rapports ont surtout précisé : la fiabilité des supports de l'information utilisés, les caractéristiques générales des consultantes, la structure de la population consultante, le mode de recrutement et les méthodes de contraception (38).

Au total, cette pré-enquête a apporté l'assurance qu'une étude plus systématique des dossiers individuels était faisable.

2.2. — ECHANTILLONNAGE.

Il ne pouvait être question d'étudier les quelques 150 000 dossiers individuels archivés dans les différents centres de PMI-EN. Deux échantillonnages successifs, pour le choix des centres, puis pour celui des dossiers dans ces centres ont donc été préparés.

L'étude a porté sur les consultantes au cours de la période 1975 à 1978 inclus, correspondant à 108 centres en fonctionnement. La population desservie par ces centres a des caractéristiques différentes selon son mode de vie. L'échantillonnage des centres a donc été guidé

par leur répartition dans les strates définies par le Ministère de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, en fonction de l'urbanisation.

Le pays comporte 5 strates :

- **strate 1 :** Les métropoles urbaines : Alger, Oran, Constantine, Annaba ;

- **strate 2 :** les agglomérations urbaines comportant plus de 1 000 actifs non agricoles, représentant au moins 75% des actifs totaux de la population résidente ; par exemple : Sétif, El Asnam, Ouargla ;

- **strate 3 :** les agglomérations semi-urbaines comportant une partie des actifs à prédominance urbaine (moins de 75% des actifs non agricole) ; par exemple : Akbou, Larbaa Nath Irathen ;

- **strate 4 :** agglomérations semi-urbaines potentielles : ce sont les agglomérations qui, du fait des actions de développement en cours ou prévues, vont acquérir un statut urbain certain ; par exemple : Aïn Oulmène, Oued Zenati ;

- **strate 5 :** strate rurale : elle comprend toutes les agglomérations chefs-lieux ou secondaires non classées ci-dessus, ainsi que la zone éparse ; par exemple : Chebli, M'Chedellah.

Dans ce travail, les strates 3 et 4 ont été confondues.

Au moment de l'enquête, les 108 centres sélectionnés se répartissaient comme suit : 20 centres dans la strate 1 ; 54 centres dans la strate 2 ; 25 centres dans les strates 3 et 4 ; et 9 centres dans la strate 5.

Dans les quatre premières strates, un échantillonnage au 1 / 5e a été retenu ; en raison du petit nombre de centres dans la strate 5, et du risque d'une moindre homogénéité dans ce groupe, l'échantillonnage sondé a été plus important. Ont été retenus : 4 centres sur 20 dans la strate 1 ; 10 centres sur 54 dans la strate 2 ; 6 centres sur 25 dans les strates 3 et 4 ; et 7 centres sur 9 dans la strate 5.

Au total, 27 centres sur 108 ont été retenus pour l'étude ; le choix des centres a été effectué de la manière suivante : les centres des différentes Wilayate ont été regroupés dans les strates correspondantes. Sur la base de tables de chiffres au hasard, l'échantillon a été tiré au sort.

Dans une deuxième étape, les dossiers à étudier ont été tirés au sort. L'échantillon est au 1 / 10^{e} pour les strates 1 et 2 ; au 1 / 8^{e} pour les strates 3 et 4 et au 1 / 5^{e} pour la strate 5. Pour cette dernière, l'échantillonnage plus important a été décidé en raison de l'hétérogénéité de la population desservie et de l'activité plus réduite de ces centres.

Par cette méthode, au total, 2 354 dossiers individuels des consultantes ont été tirés. Cet échantillonnage est largement représentatif et statistiquement valable pour l'étude décidée. Les résultats de l'étude ont par la suite été extrapolés au nombre réel d'acceptantes, soit 99 417 pour la période considérée.

La liste des centres étudiés et le nombre de dossiers retenus pour chacun figure sur le tableau 4.1.

2.3. — LE QUESTIONNAIRE.

Les sages-femmes des centres choisis avaient à remplir un questionnaire à partir des dossiers individuels des consultantes. Les rubriques de ce questionnaire étaient conçues de manière à fournir des données de base concernant les paramètres sociaux, économiques, médicaux et démographiques. Les questions, au nombre de 33, apportent des renseignements généraux sur l'acceptante de méthode, des renseignements sur son époux, sur ses antécédents de maternité, sur les antécédents généraux. Il comporte aussi des questions sur les méthodes contraceptives, leur durée d'utilisation et les échecs éventuels. Tous ces paramètres sont reproduits en annexe.

2.4. — ORGANISATION DE L'ENQUETE.

L'enquête a reposé presqu'exclusivement sur les sages-femmes responsables des 27 centres de PMI-EN choisis. Ces sages-femmes ont participé à un mini-atelier pédagogique au BCPMI. Ce mini-

Strate	PMI / EN	Nombre de dossiers
strate 1	PMI Lounes Maamar, Alger	87
	PMI Nador, Alger	32
	PMI El Mokrani, Annaba	167
	CEN/CHU, Oran	425
		total 711 (1/10)
strate 2	PMI El Badr, Blida	101
	PMI Beni Saf	35
	PMI Birmandreis	101
	PMI El Asnam	97
	PMI Bel Air, Sétif	26
	PMI El Eulma	11
	PMI Sidi Gacem, Saïda	51
	PMI Mohammadia	106
	PMI Ksar, Ouargla	87
	PMI Sidi Bel Abbès	351
		total 966 (1/10)
strate 3-4	PMI Akbou	12
	PMI El Affroun	63
	PMI Larba Nath Irathen	16
	PMI Aïn Oulmène	49
	PMI L'Arba	113
	PMI El Kala	87
		total 340 (1/8)
strate 5	PMI Chebli	16
	PMI M'Chedellah	141
	PMI Bensekrane	31
	PMI El Tarf	13
	PMI Beni Thour	54
	PMI Beni M'Hidi	36
	PMI Seraidi	46
		total 337 (1/5)
Total général :		2.354

4.1. Liste des centres d'EN sondés, avec le nombre de dossiers étudiés.

atelier avait pour objectif d'expliquer les motifs de l'enquête, la façon de procéder au tirage au sort des dossiers et l'utilisation des fiches-questionnaires. La définition exacte de chaque item a été exposée ainsi que la codification choisie pour chacun — par exemple, pour les catégories socio-professionnelles (annexe 14). Des exercices de simulation, pour le choix des dossiers et la manière de répondre aux questionnaires ont permis de compléter ces explications. Ces questionnaires ont été remplis puis renvoyés au BCPMI dans un délai variable, de quelques jours à 6 semaines, selon le nombre de dossiers à dépouiller. Certains centres ont nécessité un travail plus important. Ainsi à Oran : la seule sage-femme du centre, tout en poursuivant ses activités habituelles, a dû dépouiller sans aide 425 dossiers.

Parvenus au BCPMI, les fiches-questionnaires ont été vérifiées une à une, afin de relever les erreurs ou omissions flagrantes. En cas d'anomalie, la copie de la fiche-questionnaire était retournée au centre pour correction. Les fiches-questionnaires renvoyées ont été vérifiées. Ainsi, à Larbaa Nath Irathen, 8 fiches-questionnaires sur 16 comportaient beaucoup de lacunes ; la sage-femme a scrupuleusement convoqué les 8 consultantes dispersées dans le secteur sanitaire pour compléter leurs fiches. A Blida, en raison du grand nombre de dossiers incomplets, l'équipe du BCPMI a dû se rendre sur place et procéder pour certains à leur remplacement par un nouveau tirage au sort.

Cette révision des fiches a entraîné une modification dans le choix des centres : dans la strate 2, un centre implanté dans un secteur sanitaire universitaire, celui de Beni Messous, a été remplacé par un centre (tiré au sort) implanté dans un secteur sanitaire non universitaire, celui d'El Asnam. A Beni Messous, en effet, la sage-femme a consciencieusement retiré les dossiers de la période concernée par l'étude ; ils se sont avérés si laconiques qu'aucune exploitation n'était possible. Les activités d'EN avaient été assurées par des équipes médicales différentes et le personnel paramédical n'y a pas été stable.

2.5. — EXPLOITATION DES RESULTATS.

Les fiches -questionnaires ont été traitées par les services d'informatique du Ministère de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, selon les indications mises au point en collaboration avec

le responsable de la sous-direction des statistiques démographiques et sociales.

Au total, 2 354 dossiers de 33 items chacun devaient être étudiés, ce qui a fourni une masse considérable d'informations. De toutes ces données, seules quelques-unes, les plus directement liées à ce travail, vont être examinées. Le reste fera l'objet d'analyses beaucoup plus poussées, pour des publications à paraître.

3. — RESULTATS ET COMMENTAIRES.

Une première analyse des données fournies par l'ordinateur a permis de dégager les caractéristiques générales de la clientèle des centres de PMI-EN ; un portrait-type de l'acceptante de méthode contraceptive va être décrit par la suite ; les méthodes choisies à la première consultation seront examinées selon des variables différentes, enfin, les interruptions de la contraception feront l'objet de commentaires.

3.1. — LES CARACTERISTIQUES DE LA CLIENTELE DES CENTRES D'ESPACEMENT DES NAISSANCES.

3.1.1. — Répartition des acceptantes selon les strates d'habitation (tableau 4.2. et fig. 3.1.).

Strates	Nombre d'acceptantes	Pourcentage
1	35.200	35,4
2	48.450	48,7
3 et 4	13.600	13,7
5	2.167	2,2
1 – 5	99.417	100

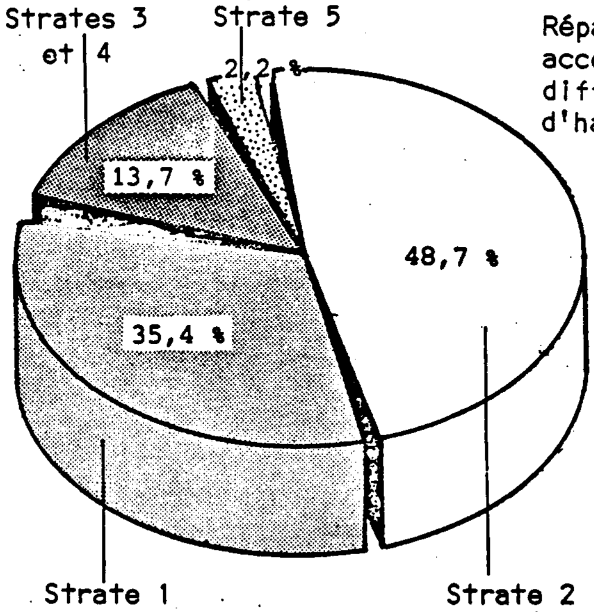
4.2. Répartition des acceptantes selon les strates d'habitation.

Le plus grand pourcentage des acceptantes appartient aux strates 1 et 2 (84,1 %), qui repésentent les métropoles et agglomérations urbaines. Les agglomérations semi-urbaines quant à elles four-

nissent 13,7% du total des acceptantes. Si on considère la strate 5, qui comprend les zones rurales et éparses, on retrouve seulement 2,2% du total des femmes qui consultent dans les centres de PMI-EN.

figure 4 : 2b

Répartition des acceptantes selon les différentes strates d'habitation



3.1.2. — Eloignement des centres de PMI selon la strate d'habitation (tableau 4.4.).

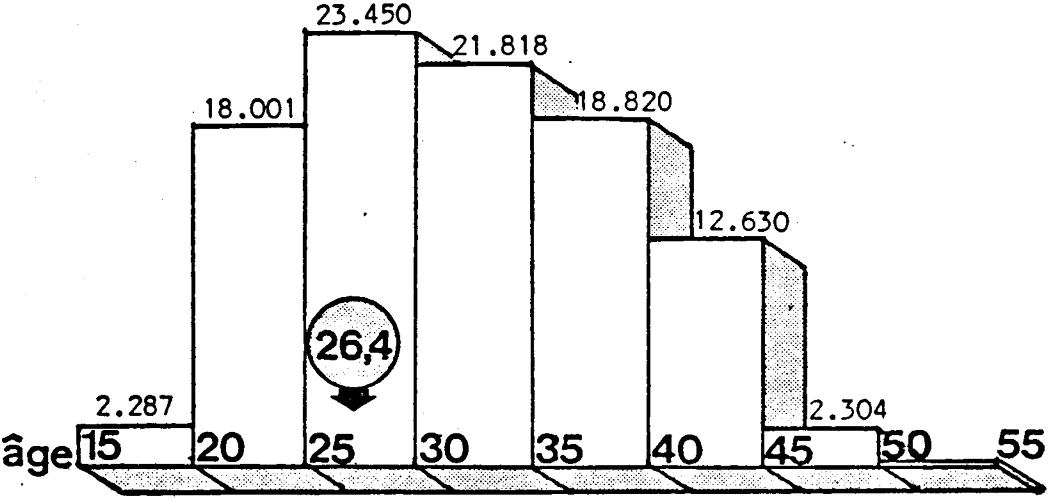
Strate	plus de 5 km	moins de 5 km	Total
1	14,8	85,2	100
2	16,5	83,5	100
3 et 4	32,4	67,6	100
5	51,0	49,0	100
1 à 5	18,8	81,2	100

n = 99.417

4.4. Eloignement des centres de PMI selon la strate d'habitation.

Plus on s'éloigne des zones urbaines, plus l'accessibilité aux centres de PMI devient difficile. Plus de la moitié des consultantes de la strate 5 fait plus de 5 km pour avoir accès à un centre de PMI-EN. Ce problème se pose de façon très générale en ce qui concerne l'accessibilité aux soins, aussi bien curatifs que préventifs, dans les zones rurales.

3.1.3. — Age moyen des consultantes à la première consultation (fig. 4.5.).



La moyenne arithmétique est de 26,4 ans. La médiane se situe entre 30 et 35 ans.

L'âge moyen des consultantes est de 26,4 ans ; cependant que 95% d'entre elles se trouvent entre 20 et 45 ans. Ceci confirme l'étude faite à Birmandreis où on retrouvait un âge modal des femmes de 25-29 ans pour la première consultation dans le centre de PMI-EN. (86).

3.1.4. — Nombre moyen d'enfants des acceptantes selon le niveau d'instruction du mari (tableau 4.6.).

Niveau d'instruction du mari	Nombre moyen d'enfants
0	5,8
1	5,0
2	3,9
3	2,7
Moyenne	5,1

4.6. Nombre moyen d'enfants des acceptantes selon le niveau d'instruction du mari.

Le nombre moyen d'enfants pour toutes les catégories est 5,1. Plus le mari est instruit, moins le couple a d'enfants. Ce nombre varie selon le niveau d'instruction : 5,8 pour les analphabètes ; 5 pour le niveau primaire ; 3,9 pour le secondaire ; enfin, 2,7 pour le supérieur.

3.1.5. — Intervalle intergénésique.

Intervalle en mois Niveau d'instruction	– 12	12 – 23	24 – 35	36 – 47	48 – 59	60 et +
0	11,8	35,7	28,0	12,9	6,2	5,4
1	18,5	36,3	25,6	9,4	4,9	5,2
2	35,8	31,6	16,4	8,4	3,3	4,5
3	42,2	18,2	26,2	7,7	2,9	2,9
	14,4	35,5	27,0	12,0	5,8	5,4

4.7. Intervalle intergénésique selon le niveau d'instruction de la femme.

a) Intervalle entre les deux dernières naissances vivantes selon le niveau d'instruction de la femme (tableau 4.7.).

De ce tableau, il ressort que l'intervalle intergénésique serait plus court lorsque la femme a un niveau d'instruction plus élevé, en particulier lorsqu'elle a suivi des études secondaires ou supérieures.

Si on compare cet intervalle avec le niveau d'instruction du mari, on observe le tableau suivant (tableau 4.8.) :

Intervalle en mois Niveau d'instruction du mari	– 12	12 - 23	24 – 35	36 – 47	48 – 59	60 et +
0	10,8	34,9	29,1	13,3	6,2	5,7
1	13,4	37,0	25,4	12,1	6,8	5,3
2	21,5	36,1	26,6	8,3	2,4	5,0
3	30,8	25,9	17,5	9,5	5,2	3,1
	14,4	35,4	27,0	12,0	5,8	5,3

4.8. Intervalle entre les deux dernières naissances vivantes suivant le niveau d'instruction du mari.

La comparaison de ces deux tableaux permet de constater que la répartition des données est, à peu de choses près, pratiquement superposable. Les intervalles intergénésiques sont quasiment semblables lorsqu'on compare les niveaux d'instruction de la femme et du mari.

On pourrait conclure que plus le couple est instruit, plus l'intervalle entre les naissances vivantes est réduit. A cette constatation doit s'ajouter le fait important que ces couples ont moins d'enfants. Les femmes qui ont un niveau supérieur ou universitaire se marient en principe à un âge plus avancé, elles ont leurs enfants rapidement, allaitent moins longtemps et respectent délibérément un intervalle intergénésique plus court, pour un nombre moins élevé d'enfants.

Une autre caractéristique des femmes qui consultent peut également être étudiée, celle des interventions gynécologiques subies par les acceptantes avant leur recours à l'espacement des naissances.

3.1.6. — Répartition des acceptantes selon les interventions gynécologiques dans les antécédents (en pourcentage) (tableau 4.9.).

Interventions gynécologiques Nbre d'enfants vivants	Césariennes (1.742)	Curetages (14.297)
0	0	0,4
1	34,0	4,8
2	14,6	4,8
3	11,8	9,8
4	6,1	8,7
5	11,5	15,9
6	2,8	13
7	10,3	15
8	2,8	11,2
9	2,8	8,8
10 et +	2,8	7,5

4.9. Répartition des acceptantes selon les interventions gynécologiques dans les antécédents (en pourcentage).

Chez les 99 417 acceptantes de méthodes, on a relevé 16 102 interventions gynécologiques : 1 742 césariennes, 63 myomectomies, et 14 297 curetages. Les dernières interventions citées sont retrouvées chez 14,4% des acceptantes. Ces curetages ont été pratiqués pour 5% des femmes ayant 1 ou 2 enfants, pour 10% des femmes ayant 3 enfants ou davantage.

3.2. — METHODES CONTRACEPTIVES CHOISIES PAR LES ACCEPTANTES.

Dans ce travail, seule la méthode choisie par la femme à la première consultation dans un centre de PMI-EN sera étudiée. Les changements de méthode et leur suivi feront l'objet de publications

ultérieures. L'analyse se fera selon la strate d'habitation de la femme, son âge, le nombre de ses enfants, et les caractéristiques socio--professionnelles du couple.

3.2.1 — Méthodes contraceptives utilisées à la première consultation (en pourcentage), selon les strates d'habitation 4.10.

Strate	DIU	Contraception Orale	Spermicides	Condoms	Total
1	28,3	65,2	1,1	5,4	100
2	15,3	79,9	0,7	4,1	100
3 – 4	29,6	68,2	0,9	1,3	100
5	21,8	76,4	0,9	0,9	100
1 à 5	22,0	73,0	0,9	4,1	100

n = 99.318

4.10 – Méthodes contraceptives utilisées à la première consultation selon les strates d'habitation (en pourcentage).

Les méthodes les plus répandues sont la contraception orale et le DIU. La "pilule" a la préférence des acceptantes dans toutes les strates (73%). L'analyse des dossiers individuels recoupe à 1% près les renseignements apportés par les rapports trimestriels, étudiés dans le chapitre précédent, quant à l'utilisation des DIU. Ce contrôle a donc permis de vérifier la fiabilité de l'information parvenue au BCPMI par les voies administratives habituelles.

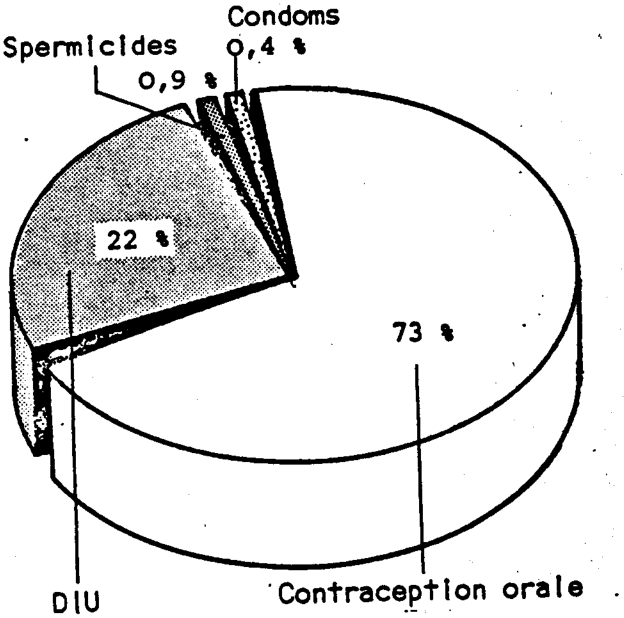


Figure 4.11 : Répartition des méthodes contraceptives choisies, pour toutes les strates.

Da la strate 1, qui représente les métropoles urbaines, dans lesquelles les centres de PMI-EN sont nombreux, les sages-femmes en nombre important, les acceptantes un peu plus instruites, un pourcentage élevé d'insertions de stérilets est attendu. Le succès des DIU dans les strates 3 et 4 est plus surprenant ; tout en tenant compte des contre indications possibles chez l'acceptante, le programme national voudrait privilégier cette méthode ; il serait donc intéressant de préciser la motivation des femmes des strates 3 et 4 pour le stérilet dans des recherches ultérieures.

L'utilisation plus grande des condoms dans les strates 1 et 2 — méthode d'attente souvent dans la période d'allaitement à cause des effets possibles sur celui-ci de la contraception orale — montre une meilleure connaissance des différentes méthodes contraceptives. Dans les autres strates, les difficultés d'approvisionnement et certaines réticences psychologiques peuvent expliquer les faibles taux de cette pratique contraceptive.

La faible demande de spermicides pour toutes les strates révèle non seulement des difficultés d'approvisionnement mais encore relève d'une confiance limitée tant de la part des sages-femmes que des utilisatrices elles-mêmes (ceci avant l'apparition de produits d'efficacité un peu plus satisfaisante). De plus, ces techniques, assez astreignantes, nécessitent des explications parfois fastidieuses et délicates, qui n'enthousiasment pas les sages-femmes.

3.2.2. — Méthode choisie selon l'âge des acceptantes à la première consultation (tableau 4.11.).

Age	DIU	Contraception orale	Spermicides	Condoms	Nbre total des acceptantes
15-19	4,6	91,4	0	4,0	2.281
20-24	12,0	83,3	1,1	3,6	17.995
25-29	21,7	72,7	0,6	5,0	23.444
30-34	25,4	70,5	1,1	3,0	21.778
35-39	27,6	66,8	1,0	4,6	18.820
40-44	23,7	72,6	0,9	2,8	12.630
45-49	32,8	52,0	0	15,2	2.304
50 et +	0	100	0	0	106
15-50	22,0	73,0	0,9	4,1	99.358

4.11. Méthode choisie selon l'âge des acceptantes à la première consultation.

L'utilisation des DIU croît avec l'âge des acceptantes, sauf dans la tranche de 40 à 44 ans, ce qui demeure inexpliqué et demande des investigations plus poussées.

L'insertion de DIU est assez faible entre 15 et 24 ans, tranche d'âge qui comporte le plus grand nombre de nullipares. Avant l'introduction dans le programme de DIU au cuivre — les tous premiers n'ont été utilisés qu'en 1976 — cette méthode n'était pas praticable chez les nullipares. Par ailleurs, chez elles, le DIU est plus difficile à introduire, ce qui entraîne une réduction de l'offre de la part des sages-femmes ; enfin, ces acceptantes elles-mêmes ne choisissent pas spontanément cette méthode.

Le taux élevé de DIU dans la tranche de 45 à 49 ans se justifie par l'innocuité de cette méthode en période préménopausique, où la contraception orale, sans être formellement interdite, demande une évaluation plus précise des contre-indications et une surveillance attentive de l'utilisatrice. Ceci explique aussi l'utilisation accrue des condoms (15,2%) par ces mêmes couples.

3.2.3. — Méthode choisie selon le nombre d'enfants vivants à la première consultation (tableau 4.12.).

Nombre d'enfants	DIU	Contraception orale	Spermicides	Condoms	Nombre d'acceptantes
0	12,6	92,1	6,3	–	883
1	11,5	82,3	1,2	5,0	7.984
2	14,4	80,4	0,8	4,4	11.425
3	22,7	73,1	0,6	3,9	11.371
4	17,7	77,4	1,3	3,8	11.939
5	21,4	73,9	1,0	3,7	12.465
6	24,3	70,9	0,9	3,9	12.307
7	24,9	69,6	0,9	4,5	11.031
8	27,9	69,2	–	2,9	8.951
9	28,3	64,6	1,9	5,2	5.765
10 et +	37,5	56,8	–	5,7	5.234
Total	22,0	73,0	0,9	4,1	99.358

4.12. Méthode choisie selon le nombre d'enfants vivants à la première consultation.

Pour toutes les catégories étudiées, l'utilisation de la contraception orale demeure, et de loin, plus importante que celle des DIU. Le succès de ces derniers va en croissant avec le nombre d'enfants. Il est à remarquer particulièrement que les femmes qui ont plus de 10 enfants sont celles qui utilisent volontiers le DIU (37,5 %).

Plusieurs raisons au choix du stérilet par les grandes multipares peuvent être évoquées : le souhait d'une méthode contraceptive qui demande moins de contraintes en déplacements pour le réapprovisionnement ; le choix d'une méthode plus durable, et aussi le rejet de la contrainte de la prise quotidienne de pilules.

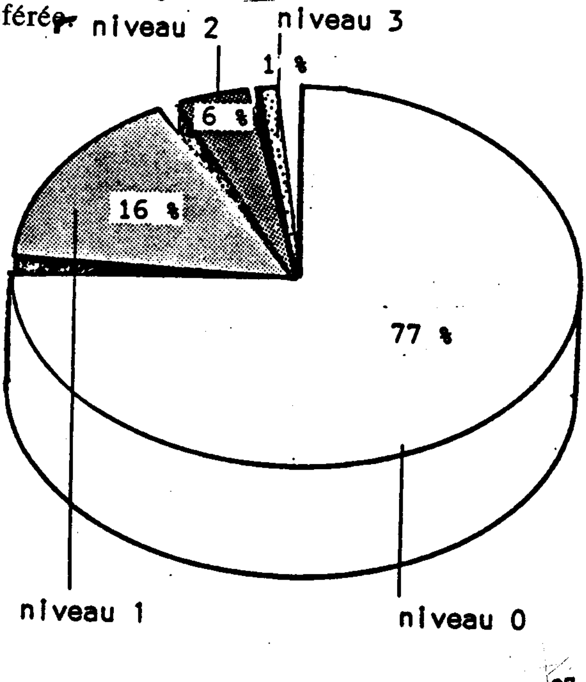
Les spermicides utilisés seuls (sans condoms) sont choisis par les nullipares (6,3%). Il s'agit de femmes qui désirent seulement différer une grossesse ; n'ayant pas fait la preuve de leur fertilité, elles redoutent plus ou moins consciemment la pilule et le DIU. Ce même couple souvent n'apprécie pas le condom et utilise les spermicides seuls.

3.2.4. — Méthode choisie à la première consultation suivant le niveau d'instruction de l'acceptante (tableau 4.13).

Niveau instruction acceptante	DIU	Contraception orale	Spermicides	Condoms	Nombre d'acceptantes
0	21,6	73,8	0,8	3,8	76.504
1	21,0	71,8	1,2	6,0	15.833
2	27,5	68,1	0,9	3,5	5.704
3	28,3	65,1	2,9	3,7	1.376
	22,0	73,0	0,9	4,1	

4.13. Méthode choisie à la première consultation suivant le niveau d'instruction de l'acceptante.

Pour toutes les catégories d'acceptantes, c'est encore la contraception orale qui est préférée.



Répartition des acceptantes selon leur niveau d'instruction.

L'utilisation du DIU est plus importante quand le niveau d'instruction dépasse celui de l'enseignement primaire. L'utilisatrice qui a acquis des éléments de physiologie humaine peut être plus apte à saisir le mode d'action du DIU. Elle redoute un peu plus que les autres, l'action hormonale de la contraception orale, largement commentée par les mass média (quant à ses contre-indications) ; cette acceptante devient donc un peu plus réceptive au stérilet.

Ce tableau ne tient pas compte du niveau d'instruction du mari, facteur qui a probablement son importance dans le choix de la femme. Le choix de la méthode contraceptive va être analysé suivant le niveau d'instruction de l'acceptante en fonction de celui de son mari.

3.2.5. — Répartition des acceptantes selon leur niveau d'instruction et selon celui de leur mari (tableau 4.15.).

Mari / Acceptante	0	1	2	3	Total
0	45,9	24,6	5,3	1,2	77,0
1	1,4	8,6	5,3	0,7	16,1
2	0,2	0,7	3,2	1,6	5,7
3	–	–	0,1	1,3	1,4
Total	47,5	33,9	13,9	4,7	100

n = 99.318

4.15. Répartition des acceptantes selon leur niveau d'instruction et selon celui de leur mari (en %).

De ce tableau, il ressort que la clientèle des centres de PMI-EN est, pour les trois quarts, analphabète. Les acceptantes ont pour maris soit des analphabètes (45%), soit des hommes qui n'ont pas dépassé l'enseignement primaire (1 / 3).

3.2.6. — Répartition des femmes ayant choisi le DIU en fonction de leur niveau d'instruction et de celui de leur mari (tableau 4.16).

Mari Acceptante	0	1	2	3	Total
0	43,9	23,9	6,5	1,6	75,9
1	0,5	7,0	7,5	0,2	15,2
2	0,2	0,9	4,6	1,5	7,2
3	–	–	0,4	1,3	1,7
Total	44,6	31,8	19,0	4,6	100

n = 21.819

4.16. Répartition des femmes ayant choisi le DIU en fonction de leur niveau d'instruction et de celui de leur mari.

La comparaison de ce tableau avec le précédent montre peu de différence entre le pourcentage d'acceptantes de DIU et des autres méthodes. Cependant, quand la femme ou le mari ont un niveau d'instruction secondaire, le DIU est légèrement plus demandé.

3.2.7. — Méthodes contraceptives en fonction des catégories socio--professionnelles.

a) Répartition des acceptantes et des maris selon les catégories socio-professionnelles (tableau 4.17)..

catégories socio-professionnelles	Acceptantes	Maris
Sans profession ou mal désignées	92,3	11,0
Agriculteur / éleveurs	–	1,9
Patrons employeurs non agricoles	0,04	0,6
Professions libérales	–	0,4
Cadres moyens et supérieurs	2,8	8,5
Employés	3,4	31,0
Artisans, commerçants	0,2	11,4
Ouvriers qualifiés non agricoles	0,4	16,6
Coopérateurs et ouvriers agricoles	–	2,8
Ouvriers spécialisés et manœuvres non agricoles	0,8	16,5
Total	100	100

4.17. Répartition des acceptantes et des maris selon les catégories socio-professionnelles.

Centre de Documentation
29, Rue Abou Nouas
HYDRA
... peut être ni vendu, ni ...

De ce tableau, il ressort que la grande majorité des acceptantes, 92% est dite sans profession ; 11% des maris sont chômeurs. Les professions les plus retrouvées pour les maris sont celles d'employés.

b) Les méthodes contraceptives choisies en fonction de la catégorie socio-professionnelle des acceptantes.

Si les acceptantes sont classées selon leur catégorie socio-professionnelle, celles qui relèvent des cadres moyens ou supérieurs choisissent le DIU plus volontiers que les autres. Elles représentent 2,8% de la population étudiée pour une utilisation de 4,6% de l'ensemble de DIU (la différence de ces deux pourcentages est statistiquement significative — test basé sur l'intervalle de confiance de la moyenne). L'attitude de cette catégorie de femmes est comparable à celle observée dans les pays où existe une bonne infrastructure médicale.

3.3. — LES INTERRUPTIONS DES METHODES CONTRACEPTIVES.

Deux facteurs seront étudiés : les grossesses désirées d'une part, les échecs de la contraception d'autre part.

3.3.1. — Les grossesses désirées.

Les activités d'EN sont intégrées à celles de PMI dans le programme national. Lorsque la femme désire une grossesse, elle en informe la sage-femme qui lui avait prescrit la contraception. Si la grossesse survient, la patiente est prise en charge pour la surveillance prénatale et orientée pour l'accouchement. Après celui-ci et les soins post-natals, le plus souvent, la femme demande à nouveau une méthode contraceptive. Sur les 99 417 femmes de l'échantillon, 6 509 ont désiré une grossesse ; 64% de ces femmes se situaient dans la tranche de 20 à 29 ans.

3.3.2. — Les échecs de la contraception.

Il arrive que des acceptantes deviennent enceintes tout en étant sous contraception. Il s'agit alors d'une mauvaise utilisation de la

pilule, des échecs dûs à l'utilisation des spermicides combinés ou non aux condoms, ou de grossesses sur DIU. Il a été relevé, sur 99 417 femmes suivies, 2 596 grossesses dites accidentelles, dont 63% chez des acceptantes de 25 à 34 ans.

Des comportements différents peuvent alors être observés : certaines femmes rejetant la grossesse et d'autres l'acceptant. Celles qui vivent mal cet évènement demandent son interruption. Actuellement, dans le cadre de la législation, seule la présence d'une affection psychiatrique, cardiaque ou autre peut justifier l'interruption thérapeutique d'une grossesse.

D'autres femmes acceptent leur grossesse ou se laissent convaincre de la mener à terme. Elles le feront souvent, sous réserve d'une ligature des trompes dans le post-partum. Les autres, souvent angoissées par la présence du DIU pendant la grossesse, recherchent une surveillance prénatale plus soutenue et une sécurisation plus grande. Elles sont plus favorables à un changement de méthode contraceptive après l'accouchement. Enfin, certaines femmes, très déçues, perdent toute confiance en la contraception, et un effort particulier devra être fait pour ne pas les perdre de vue.

3.4. — PORTRAIT-TYPE DE L'ACCEPTANTE DE METHODE CONTRACEPTIVE.

Les acceptantes de méthodes contraceptives viennent pour la plupart des strates urbaines ou semi-urbaines. A leur première consultation, elles ont en moyenne 26,4 ans (95% d'entre elles ont entre 20 et 45 ans). A cette première visite, elles avaient en moyenne 5,1 enfants vivants. Une part importante des femmes (16,2%) ont dans leurs antécédents une intervention gynécologique : il s'agit le plus souvent d'un curetage (14,4% des acceptantes).

Comme on peut s'y attendre, peu de femmes ont une occupation rémunérée qui entre dans les catégories socio-professionnelles définies par le Ministère de la Planification et de l'Aménagement du Territoire. 92,3% sont classées comme sans emploi, alors que 7,7% seulement des acceptantes ont une occupation en dehors du foyer

familial. Chez les maris, on relève 11% de chômeurs et 31% d'employés. Les époux sont en général plus instruits puisqu'on dénombre parmi eux 47,5% d'analphabètes pour 77% chez les épouses et 18,6% qui ont bénéficié d'un enseignement secondaire ou supérieur, pour 7,1% pour le total des acceptantes. D'autre part, l'assiduité de l'acceptante à la PMI n'est en rien influencée ni par la catégorie socio-professionnelle du mari, ni par le niveau d'instruction du couple lui-même.

En résumé, l'acceptante qui se présente pour la première fois à la PMI est âgée de 26 ans, elle est mère de 5 enfants, analphabète ou peu instruite. Son mari est un peu plus instruit qu'elle ; il a un emploi rémunéré — c'est un "col blanc" une fois sur trois. Comme première méthode contraceptive, elle va demander la pilule.

LES LIMITES D'UNE POLITIQUE D'ESPACEMENT DES NAISSANCES

I. — INTRODUCTION.

L'expérience des centres d'espacement des naissances intégrés dans les PMI, avec la participation d'un personnel motivé et recyclé, s'est montrée concluante. Par la suite, en 1983, un programme d'action gouvernemental a été élaboré pour maîtriser la croissance démographique. Le processus d'accélération d'ouverture de nouveaux centres répartis dans tout le pays est désormais engagé. Mais, peut-on affirmer que la multiplication des centres d'espacement des naissances pourra régler les problèmes de démographie ? Celle-ci, dans une société donnée, endosse toujours les caractéristiques économiques, culturelles et sociales de cette société. Il ne suffit pas de disposer d'un support technique pour la maîtriser.

En Algérie, la famille nombreuse est longtemps restée liée à une forme d'économie et d'organisation sociale où l'enfant ne constitue ni une entrave ni une charge. Il est plutôt vécu comme un facteur de sécurité et d'aide pour les vieux jours de ses parents. Les familles étendues, surtout si elles comprennent beaucoup de garçons, augmentent leur prestige. Le nombre d'enfants par famille est étroitement lié à l'éthique culturelle et demeure un droit inaliénable.

La tentative d'organiser des programmes d'espacement des naissances comporte donc parmi d'autres facteurs, des limites d'ordre culturel et social.

Dans notre travail, l'acceptante de méthode contraceptive, qui se présente pour la première fois à la consultation, est âgée de 26 ans et est déjà mère de 5 enfants vivants. Elle vient surtout des zones urbaines ou semi-urbaines. Elle est analphabète ou peu instruite.

D'autre part, il a été vérifié que les taux d'abandons de méthodes contraceptives étaient de 30% au bout d'un an, de 50% au bout de 2 ans, et finalement de 75% au bout de 4 ans.

Enfin, dans une enquête réalisée en 1982, auprès des consultantes d'une polyclinique d'Alger, on relevait que 75% des femmes enquêtées connaissaient la consultation d'espacement des naissances sans y avoir recours (7). En cherchant les raisons de ce refus, on notait, par ordre décroissant : des préjugés d'ordre personnel (16,6%), d'ordre familial (13,6%), et enfin, religieux (9,09%). Les préjugés d'ordre familial sont plus fréquents chez les femmes jeunes (de 20 à 30 ans), alors que ceux d'ordre religieux se retrouvent chez les femmes plus âgées (30 à 40 ans).

Toutes les données que l'on vient de citer nous renvoient à plusieurs interrogations :

Pourquoi certaines femmes, tout en ayant connaissance et accès facile à la consultation d'espacement des naissances, ne s'y rendent pas ? Quelle est la responsabilité de leur environnement, des résistances personnelles parfois identifiées, parfois refoulées ?

Pourquoi l'intervention des services de santé se fait-elle si tard (après 5 enfants) ?

Pourquoi d'autres femmes, acceptantes de méthodes, les abandonnent-elles au bout de quelques temps, sans contre-indications médicales ?

L'analyse des rapports trimestriels d'activités montre, dans certains centres d'espacement des naissances, autant de retraits de DIU que d'insertions. Le fait est significatif, même s'il ne s'agit pas des mêmes femmes ; une patiente peut en effet se faire placer un DIU dans un centre et en demander le retrait dans un autre, soit parce qu'elle s'est déplacée, soit parce qu'elle craint que le premier centre ne lui refuse cette intervention (parce que ses raisons de la demander sont peu précises). Pourquoi ces abandons ? Comment expliquer que des femmes qui ont pris correctement leur pilule pendant plusieurs années, soudain l'oublient, cessent de la prendre : oubli volontaire ? désir de grossesse refoulé dans une société où le statut de reproductrice demeure le plus important, le plus valorisé ?

On s'aperçoit aussi qu'une médicalisation trop poussée de l'espacement des naissances rend les femmes passives, ce qui se traduit par une dépendance accrue vis-à-vis du système de santé. La médecine doit-elle, et peut-elle s'annexer la fonction de reproduction, comme elle le fait parfois ?

Le présent chapitre aborde certains aspects des contraintes avec lesquelles il faut composer pour développer un programme d'espacement des naissances. Nous n'insisterons pas sur les problèmes d'accessibilité aux centres, car, leur multiplication ne saurait en tous cas résoudre qu'une partie des problèmes de la démographie. Nous nous interrogerons sur les facteurs culturels et religieux et surtout sur le statut social des femmes, qui constituent des contraintes importantes à tout programme d'espacement des naissances.

2. — FACTEURS CULTURELS ET RELIGIEUX.

2.1. — LA FEMME "MERE" ET LE DESIR D'ENFANTS.

Pour la femme algérienne, le statut le plus reconnu, dans les textes officiels et les pratiques concrètes, est certainement celui de mère. C'est après avoir rempli pleinement son rôle de procréatrice (après le 5e enfant !), conformément aux attentes des autres, que la femme va songer à espacer les naissances de ses enfants, et à consulter dans un centre de PMI-EN.

Il est clair que cette attitude, si elle ne change pas, sera un handicap au développement de la planification familiale ; celle-ci doit être organisée très tôt, et non pas comme un acte curatif, chez des femmes affaiblies par un enfermement dans la seule dimension de la maternité. Les systèmes de valeurs ont cristallisé autour de la femme des traditions qui l'ont refoulée au simple rôle de reproductrice et de gardienne d'enfants, et constituent une réelle limite à tout essai d'organisation d'une politique d'espacement des naissances.

Le discours sur la femme épouse et mère est véhiculé par les textes fondamentaux, la culture et l'éducation (13). Déjà, dans les livres scolaires, on inculque un discours idéologique sur la place des

femmes, dont le seul univers est la maison. La petite fille de ces manuels, Zina, une fois rentrée de l'école, partage avec sa mère les tâches ménagères, à l'intérieur de la maison. Le garçon quant à lui est à l'extérieur : il fait les commissions ou il aide son père à laver la voiture ! Déjà, et très tôt, les jeux sont faits ; l'intérieur est l'espace des femmes, l'extérieur sera réservé aux hommes. Dès l'enfance, la petite fille sait que l'attendent les rôles d'épouse et de mère.

Dans la société traditionnelle, le rôle de mère est primordial pour une femme (10). Les enfants sont d'abord un moyen d'accomplir ce rôle, de sauvegarder le mariage, de défendre ce refuge. Une femme stérile est une charge, pour son mari s'il ne la répudie pas, sinon, pour son père ou ses frères. Dans les activités des centres d'espacement des naissances, il a été inclus des consultations de stérilité, devant les problèmes autant médicaux que sociaux posés par cette affection. Bien que la stérilité touche également les femmes et les hommes, elle est souvent niée au niveau masculin. Il nous a été rapporté maints cas de femmes répudiées pour cause de stérilité par des époux qui, une fois remariés, ne faisaient pas toujours preuve de fécondité ; cependant, il reste admis que la faute incombe toujours à la femme et à elle seule (et ceci dans de nombreux pays).

Une "mère", au contraire, est assurée que ses enfants ne l'abandonneront pas, c'est une "assurance-vieillesse". Dans la société arabo-musulmane, avoir des enfants est l'élément fondamental de la sécurité pour une femme (10).

La maternité assure sécurité et protection. Pour la femme, la déchéance physique et physiologique de la multiparité n'entre pas en ligne de compte. Pour elle, il n'y a pratiquement pas d'autre statut social institutionnalisé, hormis celui de mère. Le statut procréateur est parfois la seule voie pour acquérir une position dans la société. Les femmes sont sanctifiées dans la maternité ; celles qui meurent en couches sont considérées dans la société comme des "shahidâte", des "témoins de la foi" (81).

Dans ce contexte, quelle est la place du désir d'enfant ?

Dès la première enquête sur la régulation des naissances réalisée à un niveau national (1), les auteurs rapportaient : "les femmes sont en général plus nombreuses que les hommes à vouloir encore des enfants et les ruraux plus que les urbains". "Le nombre idéal d'enfants est plus élevé pour les femmes que pour les hommes".

Ceci appelle plusieurs commentaires. La mortalité infantile élevée culpabilise parfois la femme, qui veut remplacer par un ou plusieurs enfants vivants celui, ou ceux, qu'elle a perdus. La grande multiparité rehausse la position qu'une femme peut avoir dans une famille. La sauvegarde du seul statut qu'elle possède peut alors s'exprimer dans le désir d'avoir davantage d'enfants. Une descendance importante protège la femme : il est plus difficile de répudier la femme qui a huit enfants que celle qui en a deux. Même chez les femmes qui fréquentent la PMI, c'est souvent ce désir d'enfant inavoué qui leur fait interrompre sans raison leur méthode contraceptive : pilules soudain " oubliées" pendant une semaine, demande de retrait d'un DIU jusque là bien toléré. Ces dernières manifestations s'expriment souvent chez des femmes jeunes qui refoulent dans les effets secondaires imaginaires de la contraception, leur désir secret d'enfant.

Les sages-femmes qui travaillent dans les centres de PMI nous ont plusieurs fois parlé de l'ambiguïté de ces désirs, chez des multipares jeunes, qui n'osent pas clairement dire ce qu'elles vivent, leur désir de maternité. Peur d'un refus ? Les sages-femmes retirent pourtant les stérilets "pour convenance personnelle" quand les femmes le souhaitent.

Pour souligner l'importance de ce désir d'enfants, nous avons relevé dans notre enquête (chapitre IV - 3.3.1.) que 6,54% des acceptantes avaient arrêté volontairement toute méthode contraceptive. Ce chiffre ne concerne pas les abandons dus à une intolérance ou des effets secondaires, réels ou allégués. Pour ces 6.509 femmes, l'arrêt de toute contraception était explicitement motivé par le désir d'une nouvelle grossesse.

Pour ces femmes en rupture de contraception, volontaire ou niée, est-ce seulement la mise en jeu du désir de maternité ? N'est-ce

pas plutôt la détermination, consciente ou inavouée, de sauvegarder un statut qui leur est reconnu ? Dans les deux cas, la maternité n'est-elle pas ce qui va les valoriser au regard des autres ?

Cette fécondité sans cesse exprimée, ce rôle attendu d'épouse et de mère, devraient ne refléter que partiellement le statut des femmes. Malheureusement, les systèmes de valeur qui régissent la société actuelle obligent les femmes à recourir à l'enfantement pour être reconnues. Procréer, c'est se valoriser. On comprend bien que si le statut social de la femme ne s'élargit pas à d'autres champs, entre autres ceux du travail et de la scolarité, il sera difficile de réussir une politique d'espacement des naissances.

2.2. — LES FACTEURS RELIGIEUX.

"Quelles sont les principales résistances à la contraception que vous avez rencontrées localement dans vos PMI ?" A cette question, systèmatiquement posée à chacune des participantes de nos 25 sessions de recyclage (1974-1983), la réponse majoritaire, et de loin, a été le désaccord religieux (ou prétendu tel). Voici quelques paroles de femmes rapportées par les sages-femmes au cours des recyclages : "Dieu a déterminé à l'avance le nombre d'enfants, pourquoi devrais-je le changer ?" ; "mon mari dit que c'est un péché (ah'ram)" ; "un religieux a dit à la télévision que l'Islam interdit la contraception". Effectivement, en 1975, alors qu'il n'existait que quelques centres d'espacement des naissances en Algérie, aux lendemains d'une allocution religieuse à la télévision, mettant en cause la contraception, beaucoup de clientes de ces centres y sont revenues pour retrait de DIU ou ont arrêté la pilule.

En 1982, dans l'enquête effectuée dans un quartier d'Alger, on retrouve toujours en bonne place les préjugés d'ordre religieux pour expliquer le refus de contraception (7).

Ces préjugés, identifiés en tant que facteur limite à la contraception nous poussent à nous interroger plus longuement sur ce phénomène.

Avant de décrire l'attitude des autorités religieuses algériennes dans le débat sur l'espacement des naissances, il est peut-être intéressant de rappeler la place des médecins arabes musulmans dans l'histoire de la contraception. Pour ne citer que les plus importants, Abou Bakr Al Razi (Téhéran, 9e siècle), Ali Ibn Abbas El Megoussi (Bagdad, 10e siècle), parlaient déjà des méthodes contraceptives tels le coït interrompu ou des substances à placer dans l'utérus (81). Au 11e siècle, Ibn Sina détaillait remarquablement vingt méthodes contraceptives, dans son livre des "Lois de la Médecine". El Ghazali (1050-1111) décrivait également en son temps le condom, "petit sac protecteur fait de boyau". On le voit, la contraception a des références historiques dans la société islamique. La médecine européenne a largement puisé dans la connaissance des techniques découvertes par les médecins arabes musulmans.

De nos jours, comment le problème est-il posé, du point de vue religieux, en Algérie ? Comme dans tout le monde musulman, c'est le Coran qui est considéré comme la source primaire de la jurisprudence et de l'enseignement théologique islamique. Puis vient la Sunna, qui représente l'ensemble des paroles et préceptes du Prophète, recueillis par l'intermédiaire d'une chaîne de témoins qui remontent à ses compagnons. Les théologiens et les autorités religieuses, quant à eux, peuvent émettre des "fatwas", réponses à une consultation portant sur le droit islamique. C'est par le biais de "fatwas" que les pays musulmans, dont l'Algérie, ont donné leur opinion sur le problème de la régulation des naissances. La contraception n'est directement ni approuvée ni condamnée dans le Coran.

Avant que la première fatwa ne soit publiée, il y eut en Algérie, dès 1965, de nombreuses interviews dans les journaux, ou radiodiffusées, du Grand Mufti d'Alger ou d'autres autorités religieuses. Ceux-ci affirmaient soit que "la limitation des naissances est inacceptable tant sur le plan de la religion que de la raison", ou que "l'utilisation des méthodes contraceptives était autorisée avant la formation du fœtus" et que "l'avortement était strictement interdit" (28).

En 1968, la première fatwa (annexe 1) émise par le Conseil Supérieur Islamique assurait que la limitation des naissances est permise dans les conditions suivantes : ..."Qu'elle soit pratiquée

d'une façon individuelle, en cas de nécessité existante ou éventuelle, concernant la mère ou ses enfants nés ou à naître" ..."Que la détermination de cette nécessité soit réservée à l'appréciation des intéressés eux-mêmes"...

En 1979, les conclusions d'une commission réunie par le Ministre de l'Enseignement Fondamental et des Affaires Religieuses (3 et 4 décembre 1979) étaient les suivantes : ..."A la lumière des opinions et de tant d'autres, il ressort que les savants de l'Islam d'autrefois et d'aujourd'hui sont divisés au sujet de l'autorisation ou de l'interdiction de la contraception. Ils sont tous d'accord sur l'adoption de la contraception par le choix individuel. Ils s'opposent aux moyens à grande échelle qui poussent les personnes contre leur gré au planning familial, et préfèrent laisser le choix aux individus selon leurs convictions et leurs motivations personnelles sans qu'ils aient à craindre de tomber dans le péché".

Enfin, depuis la décision de mettre en place un programme pour la maîtrise de la démographie (annexe 12), en novembre 1982, une seconde fatwa est préparée par le Conseil Supérieur Islamique. Cette dernière introduit pour la première fois la notion de "azl", ou coït interrompu comme méthode contraceptive.

Quelles impressions laissent ces différentes prises de position sur le problème d'espacement des naissances ?

La première fatwa, et les conclusions du séminaire en 1979 ne tranchent pas clairement en faveur de l'organisation de programmes nationaux d'espacement des naissances. La dernière fatwa, parue après la décision politique d'entamer un programme gouvernemental, mentionne l'utilisation d'une méthode contraceptive "l'azl", plusieurs fois rapportée par la Sunna.

Cependant, il faut noter qu'avec l'institution d'un programme gouvernemental, les prises de position publique (au cours des allocutions radiodiffusées ou des réunions qui ont lieu dans les wilayate sur ce problème), sont beaucoup plus nuancées et moins catégoriques qu'avant 1982. On ne relève plus de déclarations sur le caractère blâmable de la contraception.

Un autre commentaire s'impose quant aux résistances à la contraception d'origine religieuse. Par manque d'information ou préjugé personnel, les citoyens peuvent rester insensibles, ou herméti-ques, aux positions et aux propositions officielles. Il ne suffit pas d'une évolution dans l'interprétation du dogme vis-à-vis de la contraception pour changer la mentalité d'une population, surtout de celle qui reste le moins exposée aux circuits de l'information — faute de savoir lire, faute de travailler, faute de sortir de la maison — les femmes. Un travail d'éducation continue, auquel doit participer le corps religieux officiel, peut seul contribuer à ce changement.

3. — STATUT SOCIAL DE LA FEMME.

3.1. — FEMMES ET SANTE.

Dans cette partie, nous examinerons les différentes situations que la femme connaît et vit en raison de sa spécificité biologique ; nous insisterons sur les aspects en rapport avec la fonction de reproduction : âge au mariage, grossesses et accouchements.

3.1.1. — Age au mariage — Nuptialité.

En Algérie, il convient de considérer le trop jeune âge au mariage et les taux élevés de nuptialité.

Le tableau 5.1. montre l'âge moyen au premier mariage selon les derniers recensements généraux de la population.

	1948	1954	1966	1977
Age	20,0	19,6	18,3	20,9

5.1. Age moyen au premier mariage.

L'âge moyen au premier mariage change avec le niveau d'instruction de la femme : il est de 17,8 ans pour les femmes illettrées et de 22 ans pour les femmes ayant reçu une instruction secondaire ou supérieure. (En 1980, 59% des femmes qui se sont mariées étaient illettrées).

L'urbanisation, avec l'instruction, est un facteur qui influence l'âge au premier mariage (tableau 5.2.).

Métropoles urbaines	23,1 ans
Urbain, y compris métropoles	22,4 ans
Rural	19,4 ans
Algérie	20,9 ans

5.2. Age au premier mariage (sexe féminin) ; année 1977.

L'âge précoce au premier mariage va peser fortement sur la descendance finale en l'absence de contraception ; il pèse aussi sur la mortalité infantile, beaucoup plus élevée chez les enfants de mères âgées de moins de vingt ans.

La nuptialité est également très intense : en 1980, 98,4% des femmes de moins de 40 ans sont mariées. Le célibat est donc rare, comme le montre le tableau 5.3., extrait des derniers recensements.

	1948	1954	1966	1977
Fréquence du célibat à 25 ans	12,8	10,8	5,8	17,5
Fréquence du célibat définitif	2 %	2 %	1 %	1 %

5.3. Rareté du célibat.

L'intensité et la précocité de la nuptialité vont affecter le rythme de constitution de la famille et par la même la santé des femmes (84).

3.1.2. — Mortalité et morbidité maternelle.

Des grossesses trop rapprochées, des accouchements qui se déroulent à domicile, ou mal assistés, deviennent rapidement des facteurs de risques pour la mère et l'enfant.

En 1980, 50% des accouchements ont encore lieu à domicile ; ce chiffre augmente jusqu'à 80% lorsqu'il s'agit de zones rurales. Ces

accouchements accomplis à domicile dans des conditions défectueuses, majorent les mortalités maternelle et infantile. Même si on ne détient pas toujours de données précises sur les causes de décès, on peut affirmer, sans crainte d'être démenti, que la mortalité maternelle est plus élevée en zone rurale qu'en zone urbaine, où les conditions d'assistance médicale sont meilleures.

Même en zone urbaine, la mortalité maternelle est importante. En 1972, 3,5‰ des 97 800 accouchements en services de maternité se soldent par le décès de la mère : c'est 20 à 50 fois plus que dans les pays nantis. En 1975, la mortalité maternelle est estimée à 1-3‰ dans les secteurs sanitaires universitaires. En 1977, 498 femmes sur 260 674 accouchements (2‰) sont mortes à l'hôpital. Ces chiffres, bien que biaisés par l'évacuation tardive des accouchements compliqués, restent trop élevés.

L'étude de la mortalité maternelle selon les âges, montre que celle-ci est plus élevée chez les femmes aux deux pôles de la fécondité : entre 15 et 25 ans et entre 35 et 40 ans.

Les grossesses et accouchements entraînent aussi une morbidité maternelle importante, qui se retrouve plus fréquemment chez la grande multipare. Les principales causes de morbidité ont été établies en 1972. Sur 100.000 hospitalisations de femmes, un fort pourcentage est motivé par les complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum : ces complications affectent un cinquième des femmes avant 20 ans, un tiers de 20 à 44 ans, et 10% encore après 45 ans.

Une des causes de la mortalité et morbidité maternelle reste l'avortement. Bien que les statistiques soient rares et peu précises à ce sujet, il est important de le mentionner dans cette étude : c'est l'objet du paragraphe suivant.

3.1.3. — Les avortements.

L'avortement provoqué demeure interdit dans les pays islamiques, à l'exception de la Tunisie et de la Somalie. Les avortements ont des répercussions graves sur la santé des femmes : qu'ils proviennent des complications de la grossesse ou qu'ils soient qualifiés de "clandestins" ou "d'illégaux". Les risques que courent les femmes qui

avortent varient suivant les conditions dans lesquelles ils sont pratiqués. La femme qui subit cet avortement peut recouvrer la santé, ou y laisser la vie.

Il n'est pas établi de statistiques précises sur ces avortements, qu'ils soient provoqués ou non. Cependant, dans notre étude, nous avons relevé 14 297 curetages dans les antécédents gynécologiques des acceptantes ; ces interventions sont retrouvées chez 14,4% d'entre elles. Ces curetages ont été pratiqués pour 5% des femmes ayant 1 ou 2 enfants, pour 10% des femmes ayant 3 enfants ou davantage.

On constate donc que ces avortements (qui excluent ici les avortements dits "illégaux") sont extrêmement fréquents dans la vie des femmes.

La mortalité maternelle est étroitement liée à l'assistance médicale au moment de la grossesse et à l'accouchement. Même si elle a décru, surtout en zone rurale, on peut encore considérer que mettre au monde un enfant, dans les conditions actuelles du développement, constitue toujours un risque important pour la femme. C'est le risque encouru par 800 000 femmes en 1981 !

3.1.4. — La fécondité.

En 1981, en effet, sur une population résidente estimée à 18 956 240, il y avait près de 4 millions de femmes âgées de 15 à 49 ans, c'est-à-dire en âge de procréer. Pour la même année, on enregistrait 835.000 naissances en Algérie.

Le tableau 5.4. donne quelques indicateurs de fécondité.

Indicateurs	1978	1979	1980	1981
Descendance finale par femme	7,9	7,1	7,0	6,9
Taux brut de reproduction	3,8	3,5	3,4	3,4
Taux net de reproduction	2,8	2,7	2,7	2,7
Taux global de fécondité (%o)	240,0	202,9	201,2	198,2

5.4. Indicateurs de fécondité.

Le tableau 5.5. va nous donner le mouvement naturel de la population algérienne résidente :

	1978	1979	1980	1981
Taux brut de natalité (‰)	43,7	44,0	43,9	43,4
Taux brut de mortalité (‰)	12,8	12,7	11,8	11,1
Taux d'accroissement (‰)	30,9	31,3	32,1	32,3

5.5. Mouvement naturel de la population algérienne résidente.

Ces deux tableaux montrent des taux de natalité et de fécondité extrêmement élevés. Ces chiffres révèlent que les méthodes contraceptives sont encore très peu employées dans l'ensemble de la population.

Ici encore, l'instruction paraît jouer un grand rôle : à 30-34 ans, une femme illettrée a en moyenne 5,3 enfants, alors que celle qui a suivi un enseignement secondaire ou supérieur a 3,1 enfants (1974--1975 : chiffre tiré de l'enquête OMS sur la mortalité infantile dans un quartier d'Alger, El Madania).

Les différentes enquêtes menées sur la fécondité prouvent que les femmes qui ont le moins d'enfants sont citadines et appartiennent aux milieux les plus favorisés.

Les femmes illettrées qui appartiennent à des catégories plus défavorisées, en zone rurale, sont celles qui ont le plus d'enfants. Ce sont elles également qui paient le plus lourd tribut aux mortalités et morbidités maternelles.

Un autre paramètre paraît intéressant à examiner : la mortalité infantile. Il est admis qu'il est lié aux taux de fécondité et de natalité. Nous allons donc l'étudier dans le paragraphe suivant.

3.1.5. — La mortalité infantile.

La mortalité infantile est parfois vécue par les femmes comme une fatalité. Quand elles se réfèrent à leur propre vécu, elles se rendent compte qu'il s'agit d'un phénomène inéluctable. N'ont-elles pas elles-mêmes perdu un nombre très grand de frères et sœurs en bas âge ?

Quand on les interroge sur le nombre idéal d'enfants selon elles, la mortalité infantile reste très présente à l'esprit. Le nombre jugé souhaitable est élevé parce qu'il inclut toujours les décès considérés comme inévitables. De plus, un enfant décédé doit être rapidement remplacé. Dans certaines régions rurales, la coutume a longtemps été de ne pas déclarer le décès d'un nouveau-né enregistré à l'état-civil : selon son sexe, il suffisait d'attendre la naissance d'un frère ou d'une sœur, à qui l'on donnait éventuellement le même prénom, pour lui faire endosser l'état-civil de son aîné.

Ces données psychologiques et culturelles sont évidemment à prendre en compte dans l'organisation d'un programme national d'espacement des naissances, qui ne doit pas être dissocié des programmes de lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

Pour l'ensemble de l'Algérie, les estimations de mortalité infantile étaient de 145‰ pour 1969-1970 ; 122‰ pour les années 1975-1976, et enfin de 98,5‰ pour 1981. Ce taux, malgré une baisse sensible, reste trop élevé et difficilement acceptable si on considère tous les efforts que l'Algérie a consentis pour son développement.

Le risque de décès est particulièrement important durant les premiers jours et les premiers mois de la vie. Plusieurs facteurs sont incriminés. Il ne s'agit pas ici de faire une étude exhaustive des causes de mortalité infantile, mais seulement de rappeler celles qui sont le plus étroitement liées à la santé de la femme.

Tout d'abord, le raccourcissement de la durée de gestation va se terminer par la naissance d'enfants prématurés, ceux qui paient le plus lourd tribut à la mortalité, et ceux qui auront le plus de séquelles

permanentes. La prématurité est très fréquente chez les grandes multipares (69). Elle est étroitement liée aux conditions socio-économiques et à l'environnement. Un des facteurs favorisant la prématurité est le travail domestique, ainsi que la multiplication des tâches assumées par la mère. En Algérie, l'élevage des enfants, l'entretien de la maison, du mari, dépendent exclusivement de la femme. Lorsqu'elle est enceinte, il ne va pas de soi que le travail pénible lui sera évité. La prévention de la prématurité et par là-même la diminution de la mortalité infantile impliquerait la réduction considérable des travaux ménagers pendant la grossesse, la diminution des efforts physiques et le repos des femmes ; ces aménagements ne sont pas immédiatement envisageables dans la structure actuelle de la société algérienne.

Ici encore, l'instruction joue son rôle : elle réduit le taux de la mortalité infantile. Celui-ci diminue considérablement lorsque le chef de famille a un niveau secondaire ou supérieur et lorsque la mère est lettrée. Or, en 1980, 90,27% des naissances étaient le fait de femmes illettrées et 60% des enfants naissaient chez les parents tous deux illettrés.

Il convient aussi d'ajouter que l'accès aux soins et la répartition de l'infrastructure sanitaire dans le pays agissent directement sur la mortalité infantile. L'accouchement en milieu assisté amène certes une réduction de la mortalité infantile, mais il ne faut pas oublier que c'est bien plus encore le fait de surveiller régulièrement les grossesses, avec un dépistage précoce des anomalies à prendre en charge, qui y contribuera.

La fonction de reproduction, dans un pays en développement, comporte des dangers certains pour les femmes : grossesses trop nombreuses et trop rapprochées, et à risques, avortements compliqués, accouchements difficiles, qu'il faut parfois payer de sa vie.

L'aptitude biologique à la maternité va confronter la femme, au mieux avec l'institution médicale qui va alors exercer un contrôle sur sa procréation ; au pire, elle subira seule, sans aide efficace, de graves dommages corporels ou psychologiques. Un programme d'espace

ment des naissances — dont la cible privilégiée est forcément les femmes — s'il se veut efficace, doit les considérer comme partie prenante. Les femmes doivent être informées d'abord du fonctionnement de leur corps, puis des décisions qui sont prises pour modifier ce fonctionnement. Elles ne doivent pas être maintenues dans une attitude passive. Une adhésion et un support conscients des femmes à un programme d'espacement des naissances sont les meilleurs garants de sa réussite.

3.2. — FEMMES, EMPLOI, SCOLARITE.

3.2.1. — Femmes et emploi.

Les femmes qui occupent un emploi rémunéré ont tendance à avoir moins d'enfants. Les lieux de travail constituent souvent un espace d'échanges et d'informations sur la contraception. Une politique d'espacement des naissances serait certainement plus efficace si elle s'adressait à des femmes déjà informées, ou travailleuses engagées dans le processus de la production.

Les chiffres de notre enquête ne doivent pas faire illusion. La proportion d'analphabètes parmi les acceptantes, 75%, est du même ordre que celle de la population féminine en général (71%) ; la proportion de femmes sans activité rémunérée est de 92% (94% pour l'ensemble du pays). Il ne faut pas en conclure que l'analphabétisme et l'absence de travail salarié ne sont pas des obstacles à la contraception. En effet, notre "population" d'acceptantes ne constitue que 3% de l'ensemble des femmes en âge de procréer, et elle est loin d'être représentative de cet ensemble. Pour ne citer qu'une caractéristique, 84% des acceptantes vivent dans les zones urbaines, contre 40% de la population globale (chapitre IV, 3. 1.1.). Il reste à considérer le cas de toutes celles qui ne fréquentent pas les centres de PMI-EN. Pour elles, il faut s'interroger sur leur place dans le marché du travail, et sur l'éducation qu'elles ont reçue (15).

La place de la femme au travail est l'objet de débats théoriques qui sont centrés autour de deux points :

— celui de la définition de concept de travail domestique, à partir d'une réflexion sur la notion de travail productif ;

— celui du constat de la place de la femme dans l'emploi salarié ; c'est ce dernier point surtout qui va être développé.

Une travailleuse est définie par sa fonction et le salaire qu'elle reçoit en échange de sa force de travail. Le travail domestique ne lui est pas reconnu. Sans entrer dans un débat sans fin, on peut dire qu'actuellement, on continue à faire comme si le travail n'existait pas lorsqu'il n'est pas rémunéré et qu'il est accompli par des femmes. Plus de 50 heures par semaine consacrées à l'élevage des enfants, à la cuisine, aux travaux agricoles... ne sont pas du travail ! les femmes sont tellement conditionnées dans cet état d'esprit qu'elles répondent souvent à la question "quel est ton emploi ?" : "je ne fais rien, je ne travaille pas, je suis à la maison", On est en droit de s'interroger sur la signification de ce "rien", lorsque celui-ci comporte l'élevage de neuf enfants, l'entretien d'un mari, de beaux-parents et d'un logement !

Le travail rémunéré, quant à lui, est beaucoup mieux décrit (Il est considéré comme une des premières revendications, comme il a été spécifié dans le document officiel de l'UNFA, à la Conférence des Femmes de Copenhague).

Avant de considérer le travail rémunéré, il faut s'entendre sur les définitions. Nous accepterons celles du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1977 (84) pour lequel "la population active est constituée par les occupés, les demandeurs d'emploi 1 et d'emploi 2" :

— "occupé" : c'est une personne qui travaille au moment du recensement ou qui a travaillé au moins 6 jours consécutifs durant le mois de janvier 1977 ;

— "demandeur d'emploi 1" : c'est une personne en âge de travailler qui n'est pas occupée, qui cherche du travail et qui a déjà travaillé ;

— "demandeur d'emploi 2" : c'est une personne en âge de travailler qui ne travaille pas au moment du recensement, qui n'a jamais travaillé et qui est à la recherche d'un emploi.

— il s'y ajoute les femmes "partiellement occupées", c'est-à-dire des femmes s'occupant de travaux ménagers et exerçant un travail rémunérateur à temps partiel.

Suivant ce recensement, il y avait, sur une population théorique en âge de travailler (de 15 à 65 ans) d'environ 8,5 millions, 2 830 000 personnes "effectivement occupées", parmi lesquelles il y a seulement 203 696 femmes. Cette proportion de 7,2% est à peine un peu plus élevée qu'au recensement de 1966. Soulignons encore que ce pourcentage est calculé par rapport à toute la population active. Il correspond en fait à 3,3% seulement des femmes en âge de travailler.

Dans ce même recensement, on note que : 83% des femmes occupées se trouvent en milieu urbain et que 17% des femmes occupées se trouvent en milieu rural.

Si on considère la structure de l'emploi féminin, par rapport à 1966, on constate une diminution des salariées agricoles et employées de maison, une stagnation du nombre des ouvrières du textile, tandis que les travailleuses augmentent dans les secteurs industriels, et surtout dans l'administration et les services de la collectivité.

D'autres faits sont à remarquer : 46% des femmes occupées sont diplomées (contre 15% des hommes) et la rareté des femmes dans les postes de responsabilité.

Autre trait traditionnel, on retrouve peu de femmes dans les emplois qui exigent un contact permanent avec le public : hôtellerie, tourisme, serveuses. On le voit, non seulement le nombre de femmes au travail reste faible (7 femmes pour 100 hommes), mais encore la répartition des tâches entre hommes et femmes reste marquée par la tradition sociale.

Comme la place de la femme dans le revenu familial est très faible, sa situation est signifiante, ce qui va souvent l'écarter de tous les débats, y compris celui de maîtriser la taille de sa famille.

La plupart des méthodes contraceptives sont destinées aux femmes et à elles seules, alors qu'elles sont exclues du pouvoir de choix, surtout lorsqu'elles sont illettrées ; véritable cercle vicieux, la

fréquence de leurs maternités les écarte de tout emploi productif et donc de tout pouvoir de décision, même en ce qui concerne la procréation !

3.2.2. — Femmes et scolarité.

Le nombre total d'enfants diminue dans une famille lorsque la femme est lettrée (chapitre III). De même, la mortalité infantile décroît chez les enfants nés d'une mère lettrée (cf. 3.1.5.). Il est donc important d'étudier, après l'emploi, l'instruction des femmes, indispensable à la formation professionnelle et à l'emploi salarié. L'éducation est généralement conçue, non seulement comme un agent de transformation des "mentalités négatives" envers les femmes, mais aussi comme agent émancipateur, donnant une formation de base qui prépare à la vie active (13).

La scolarisation des jeunes filles apparaît donc comme un enjeu important, qui participe à la transformation de la situation des femmes. L'accès des filles à l'école va transformer leurs rôles, tels qu'ils étaient fixés par la tradition (13).. Il est un des moyens les plus rationnels et efficaces pour réaliser leur émancipation, leur permettre une plus grande autonomie et une meilleure prise en charge de leur statut, y compris celui de la reproduction.

Des efforts intenses ont été déployés par le gouvernement algérien pour assurer la scolarisation la plus large possible. En 1977-1978, il y avait 2 884 084 enfants scolarisées dans le primaire, dont 40,96% de filles. Dans le secondaire, le nombre d'enfants scolarisés est passé de 51 014 en 1962 (dont 28% de filles) à 741 961 (dont 36% de filles) en 1977-1978. Dans le supérieur, l'effectif féminin, de 1968 à 1976, reste à 23%.

La scolarisation accélérée des élèves n'a cessé de croître, mais elle reste prédominante pour les garçons. Même si la scolarisation féminine connaît quantitativement un essor significatif, elle ne suit pas le rythme de la scolarisation masculine.

Le taux de scolarisation féminine diffère entre les régions rurales et urbaines. Il est nettement moins important en zone rurale.

En 1981, le taux de scolarisation masculine est de 81%, celui des filles de 60%, avec 41% seulement en milieu rural (le taux d'analphabétisme féminin est de 85,2% en zone rurale).

Globalement, durant la période 1967-1978, d'après le bilan de la formation du Ministère de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, l'effectif des diplômés, pour tous les systèmes de formation professionnelle, totalise 229 470 personnes, dont 6 500 femmes. Ce taux de 2,5% de femmes est éloquent. Il va évidemment être reflété par un taux d'occupation quasi insignifiant pour les femmes (6).

En Algérie, le gouvernement a consenti des efforts importants pour scolariser les enfants. Cependant, malgré des progrès énormes, le taux de scolarisation féminin reste très en deçà du taux de scolarisation masculin (ce phénomène est surtout ressenti en zones rurales). Ce faible taux va se répercuter dans la formation professionnelle. Les filles seront souvent exclues des écoles et des circuits de travail. Parmi les raisons multiples de ces abandons, il faut certainement mentionner les contraintes socio-familiales, qui mériteraient d'être étudiées avec plus de précision. Dans tous les cas, ces futures mères de famille, illettrées, en dehors des circuits de production, resteront souvent dans l'ignorance des méthodes contraceptives, si on ne fait rien pour elles.

3.3. — LES FEMMES DANS LA DISTRIBUTION DU POUVOIR DE DECISION *(textes officiels et institutions représentatives).*

Nous avons vu précédemment que c'était surtout le statut de reproductrice qui était reconnu à la femme algérienne. De plus, à cause de ce seul statut admis, elle se trouve assez souvent écartée des circuits de la production. Cette relégation se répercute dans les instances de décision. Il a paru utile à des chercheuses algériennes d'étudier d'abord quel est le statut de la femme dans les textes juridiques et fondamentaux (Charte Nationale, Constitution), puis la place qu'elle occupe dans les institutions représentatives du pays : APC, APW, APN (13).

3.3.1. — Place de la femme dans les textes juridiques et fondamentaux.

Le statut de la femme se présente sous le signe de l'ambivalence : citoyenne à part entière dans l'exercice des droits politiques, elle connaît une situation plus ambiguë en matière de statut personnel.

Le droit classique musulman lui réserve une place assez restreinte : il autorise la polygamie et la répudiation et fait une place d'éternelle mineure à la femme. Le droit algérien ne disposant pas d'un code de la famille (avant 1984), le code civil prescrit le recours au droit musulman en cas d'absence de dispositions légales ; le statut personnel est donc soumis au droit musulman (3). Il ne tient donc pas toujours compte des promesses de la Charte et de la Constitution.

Cette dernière, à deux reprises, fait référence au principe de l'égalité des sexes : "toute discrimination fondée sur les préjugés de sexe, de race ou de métier est proscrite" (art. 30) ; puis : "tous les droits politiques, économiques, sociaux et culturels de la femme algérienne sont garantis par la Constitution algérienne".

La Charte Nationale, quant à elle, requiert (texte officiel en français, page 34) : "la promotion de la femme et sa pleine participation à la vie politique, économique, sociale et culturelle de la Nation".

Son rôle d'épouse et de mère y est rappelé : "Dans l'amélioration du sort de la femme doivent intervenir des actions qui viseront avant tout à transformer une sorte d'environnement mental et juridique négatif et parfois préjudiciable à l'exercice de ses droits reconnus d'épouse et de mère...".

Les textes fondamentaux préconisent donc une amélioration de la situation féminine, mais ces directives ne sont pas toujours traduites dans la pratique juridique.

Le rôle de la femme algérienne serait-il principalement de reproduire et d'entretenir la force de travail des autres ? Les femmes, qui représentent pourtant 50% de la population, se trouveraient, à de rares exceptions près, exclues des circuits de la production, si la seule spécialisation dans la reproduction leur est reconnue ?

Quelle est leur place dans les institutions représentatives algériennes ?

3.3.2. — Place de la femme dans les institutions représentatives.

Les femmes, sur le plan démographique, représentent la moitié de la population. Elles seraient en droit de revendiquer une participation aux actions locales, régionales et nationales, particulièrement pour les problèmes qui les concernent, comme l'espacement des naissances.

Quelle est leur place effective dans les différentes institutions représentatives du pays, et par là même dans le pouvoir de décision ?

Cette participation a été étudiée par des chercheuses algériennes à partir des élections aux APC de 1967, 1971 et 1975, des élections à l'APN de 1977, et enfin des élections aux APW de 1969, 1974 et 1979 (13).

Au niveau communal (APC), les candidatures de femmes "progressent" de 0,46% à 2,71%, de 1969 à 1975. Au niveau départemental (Wilaya), de 1969 à 1975, ces chiffres régressent de 9,45% à 3,36%. Enfin, au niveau national (Assemblée Populaire Nationale), le pourcentage n'est que de 5,10%.

A côté des candidatures proposées, il faut considérer le nombre réel des élues. Le pourcentage oscille alors, toutes élections confondues, de 0,44% à 4,06%.

Aux élections des APW de 1979, sur les 31 wilayate du pays, 10 n'ont pas élu de femme, [illegible] en ont élu une, 5 en ont élu 2 ; Alger, la capitale, a élu 5 déléguées.

On peut ajouter à ces chiffres que 1,25% du Comité Central, organe dirigeant du Parti et de l'Etat, sont des femmes.

La place de la femme dans les institutions représentatives reste donc très faible du point de vue quantitatif.

Bien que les textes officiels accordent aux femmes tous les droits politiques, dans les faits elles sont peu nombreuses à les exercer. Elles peuvent donc difficilement s'insérer dans la vie politique et sociale de la Nation. Les intérêts sociaux féminins ne sont pas représentés ou sont ramenés à des problèmes techniques, le cas de l'espacement des naissances, confié surtout à l'équipe médicale, est exemplaire à cet égard.

Ajoutons, pour conclure, que cette situation n'est pas particulière ni à l'Algérie, ni aux pays en voie de développement. De ce point de vue, les clivages économiques n'ont plus cours. Ainsi, dans un pays développé comme la France, il n'a pas fallu moins qu'une loi, et toute récente, pour imposer que les listes électorales comportent un pourcentage "raisonnable" de femmes.

4. — CONCLUSION.

Aux questions que nous posions au début de ce chapitre, les constatations suivantes apportent des éléments de réponse :

— d'une part, la fécondité fait partie d'un patrimoine socio--culturel qu'on ne peut faire évoluer ni par décret, ni du jour au lendemain ; on peut craindre que, pour une grande partie de la population, malgré les textes et les décisions politiques, ce cadre ne demeure, pour longtemps, inchangé ;

— d'autre part, la diminution du taux de fécondité demeure étroitement liée au statut social de la femme, et à sa place réelle dans la société.

Les prestations médicales dans le domaine de la contraception ne forment qu'une partie d'une politique de population. Elles n'influenceront que très peu la maîtrise de la fécondité si l'environnement n'offre pas en parallèle l'information nécessaire, une accessibilité totale aux soins, et surtout un changement du statut social de la femme dans la famille et dans la société.

Il faut agir sur la représentation traditionnelle de la femme, parfois réduite au seul statut de reproductrice. Il faut également agir sur la scolarité des filles, le travail des femmes et leur accès aux institutions qui gèrent la société. Si la situation n'évolue pas, il ne faut pas espérer de miracles dans la maîtrise de la démographie.

Actuellement, la responsabilité de la contraception repose uniquement sur les femmes : c'est sur elles qu'agissent les techniques de contrôle de la fécondité, c'est à elles que leur succès (ou leur échec) est imputé. Elles doivent donc être consultées, afin de prendre en charge consciemment cette responsabilité ou la part qui leur en revient. Faute de quoi, elles seraient dépossédées du contrôle du seul statut qui leur soit reconnu, celui de procréatrice.

CONCLUSIONS GENERALES

1. — ESPACEMENT DES NAISSANCES.

Les politiques démographiques restent toujours actuelles, et l'on ne peut éviter de s'interroger sur les motivations de leur actualité. Les pays développés pratiquent, pour leur compte, une politique nataliste ; cependant, ils conseillent aux pays en voie de développement de freiner l'accroissement de leur population. Il n'y a pas lieu de s'étendre ici sur les incidences économiques de telles prises de position (les Etats-Unis par exemple, avec 7% de la population mondiale, consomment 50% des matières premières de la planète). Les responsables politiques doivent en être conscients, dans la mesure où ils doivent gérer le présent et préparer l'avenir de leur nation.

La nécessité d'une politique de population s'impose à tout pays, mais c'est à chacun de décider laquelle. En Algérie, le Ministère de la Santé a mis en place dès 1974 un programme d'espacement des naissances intégré à la PMI ; il s'inscrivait dans le cadre de la protection de la santé des mères et des enfants. Les méthodes et les résultats de ce programme ont été largement décrits dans les chapitres précédents. En 1980, la plus haute instance politique (Comité Central) (annexe 3) du pays a adopté des décisions concernant la croissance démographique. Ainsi, une nouvelle étape est-elle en cours, où les responsabilités n'incombent plus au seul Ministère de la Santé.

Il est normal que les autorités sanitaires aient été les promoteurs de l'espacement des naissances. Les inconvénients d'une fécondité excessive sur la santé de la population sont parmi les premiers à apparaître. De nombreuses corrélations entre la taille de la famille, la morbidité et la mortalité, maternelle et infantile, sont connues et ont été vérifiées en Algérie : les complications de la grossesse et de l'accouchement sont plus fréquentes chez la grande multipare, les chances de survie des enfants sont moindres dans les familles nombreuses.

Mais la famille nombreuse fait partie des valeurs culturelles traditionnelles dans la société. Elle reste un fait très répandu selon les données récentes : la descendance finale par femme était de 7,9 en 1970, elle est de 6,9 en 1981. Une grande famille, solidaire, où plusieurs revenus s'additionnent, améliore le niveau de vie de chacun de ses membres. Le travail rémunéré et l'instruction restent encore en partie l'apanage du sexe masculin ; l'espacement des naissances demeure un problème de société.

2. — L'ESPACEMENT DES NAISSANCES DANS LA SOCIETE.

Du portrait-type de l'acceptante, il ressort que celle-ci est surtout urbaine, qu'elle a déjà cinq enfants au moment de la consultation : l'intervention se fait déjà trop tard, du point de vue des femmes comme du point de vue du code de la santé, c'est-à-dire de la défense de leur bien-être social, physique et mental. La médecine se trouve alors dans une impasse, mais pour que la situation évolue, des mesures doivent être prises au niveau social, qui n'engagent pas la responsabilité de la seule équipe sanitaire. En réalité, elle hérite d'une situation qu'elle n'a pas été seule à créer.

En effet, les véritables réponses au problème de la maîtrise de la fécondité ne seront fournies que par un changement du statut social des femmes. Le "statut social" représente l'ensemble des fonctions occupées par une personne dans une société. L'espacement des naissances s'adresse à la femme dans sa fonction de reproductrice du genre humain. La fécondité d'une femme devient donc l'expression d'un de ses statuts seulement. Certains systèmes de valeurs ont cristallisé autour de la femme des traditions qui l'ont parfois refoulée au simple rôle de reproductrice et de gardienne d'enfants.

Pour parvenir à l'adhésion consciente des femmes à la maîtrise de leur fécondité, il ne suffit pas de leur distribuer des contraceptifs avec un simple mode d'emploi, une transformation des rôles qui leur sont traditionnellement assignés s'impose. Le refoulement à un simple rôle de gardienne des enfants et des valeurs traditionnelles peut les déposséder de toute possibilité d'emploi et de vie politique. En ce

qui concerne l'emploi, le problème se pose de façon contradictoire ; d'une part, le "système" a besoin du travail des femmes pour répondre à la demande sociale suscitée par la promesse socialiste, d'autre part, le système ne prend pas les mesures pour "libérer" de ses attaches familiales cette force de travail potentielle"(15). C'est sans doute la raison pour laquelle le taux d'emploi féminin est demeuré stable d'un recensement à l'autre depuis plus de vingt ans.

D'autres facteurs interviennent dans l'amélioration du statut social de la femme, parmi lesquels on peut citer la scolarisation et l'habitat.

Une des caractéristiques de la position de la femme au plan de la scolarisation est que : "le système social digère la scolarisation des filles, tout en rejetant le travail féminin non domestique" (15). C'est ainsi que le recensement révèle que si l'alphabétisation des filles augmente, certes dans une proportion moindre que celles des garçons, cette augmentation n'est pas en corrélation avec un plus grand accès à l'emploi salarié. De plus, les manuels scolaires développent, dès l'enfance, un discours qui renforce l'image de la "femme-mère" au détriment des autres fonctions.

La crise de l'habitat à laquelle se heurte l'ensemble de la société algérienne contribue à maintenir le modèle de la famille élargie, qui multiplie les détenteurs du pouvoir sur la femme (belle-mère, beau-père...). Aussi, il arrive souvent qu'avant d'obtenir l'accès à l'espacement des naissances de l'intéressée, plusieurs membres de la famille doivent donner leur accord.

L'ensemble des problèmes soulevés ici montre le caractère éminemment social d'un programme d'espacement des naissances, et l'enjeu qu'il constitue pour l'amélioration de la qualité de la vie de l'ensemble de la société algérienne. Pour qu'une politique d'espacement des naissances réussisse, il est nécessaire que les femmes en soient les supports conscients. C'est ce à quoi tentent de contribuer les services de santé en organisant leurs prestations dans une logique de communication avec les femmes ; ces prestations doivent encore être améliorées.

3. — AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DANS LES CENTRES DE PMI-EN.

3.1. — LES PRESTATIONS DE CES CENTRES.

3.1.1. — Fonctionnement des centres.

La Constitution prévoit "le système de santé général et gratuit". Actuellement, les centres de PMI-EN, comme la plupart des autres structures sanitaires, n'offrent généralement des consultations que durant la matinée. Si l'on veut rentabiliser au maximum les services de santé et obtenir une plus grande participation de la population, il faut assurer une présence médicale effective durant toute la journée. Les services doivent être ouverts aux usagers à des heures qui leur conviennent sans une attente trop longue. Une répartition des activités le matin et l'après-midi parviendrait certainement à une meilleure couverture sanitaire (ceci a été réalisé en 1984).

3.1.2. — Organisation du travail dans les structures sanitaires.

Les avantages de l'intégration des services d'espacement des naissances à la PMI ont déjà été présentés. Mais, dans les secteurs sanitaires, il existe souvent une dichotomie entre la prévention et le système curatif par manque de circulation de l'information et de coordination des activités. Même si, dans les textes, le principe de l'intégration est souligné comme une nécessité sur le terrain, il arrive que la réalité soit tout autre. A titre d'exemple, une même structure sanitaire, la polyclinique, peut offrir la vaccination antirougeoleuse à la PMI et, dans une autre salle de consultation, un médecin qui traite une épidémie de rougeole, sans que l'information circule ! La mise en œuvre d'un système de coordination des activités de PMI-EN et des activités curatives est nécessaire pour établir les priorités et répartir les ressources au sein de la collectivité.

D'autres procédures peuvent aussi rentabiliser le travail de l'équipe de PMI-EN. D'abord, au niveau de l'accueil : il arrive que l'acceptante qui se présente pour la contraception soit considérée

comme une malade, un cas clinique. Il s'établit alors un faux rapport dans lequel la sage-femme, détentrice de la prescription, médicalise un acte qui devrait être vécu comme une réponse personnelle au besoin ressenti par la femme venue consulter. Nous nous efforçons déjà d'améliorer ces rapports de femme à femme, par un enseignement dirigé dans ce sens durant les sessions de recyclage. Un autre handicap gêne la rentabilité du travail : étant donnée l'inexistence d'une codification réelle du travail de la sage-femme et de la définition précise de ses tâches, le système de garde de 24 heures en maternité persiste toujours. Certaines sages-femmes, en zone rurale, font des gardes à la maternité et le travail en PMI ; d'autres, en zone urbaine, effectuent des gardes dans des maternités privées pour augmenter leur revenu, tout en étant affectées à la PMI. Ces 24 heures de garde entraînent une grande fatigue physique, et ne permettent pas ensuite un travail efficace. Il faudrait instaurer des gardes de 8 heures, qui supprimeraient alors les doubles fonctions, et seraient accomplies sans nuire au travail fourni à la PMI (comme à celui des maternités puisque les sages-femmes de garde n'y dormiraient plus !).

Pour une meilleure qualité de travail lui-même, un système nouveau d'enregistrement des activités et de leur évaluation a été proposé, en particulier pour arriver à obtenir le nombre de femmes touchées par la contraception et non la sommation simple des différentes activités. Dans ce cadre également, des sages-femmes du terrain ont aussi proposé de convoquer les acceptantes individuellement tous les 6 mois, pour mieux identifier les abandons de la contraception, et les problèmes qui en découlent.

3.1.3. — Relations avec les autres structures.

D'autres organismes peuvent contribuer à diffuser la contraception. Les conditions de la participation d'autres ministères et organisations : protection sociale, information, éducation nationale, organisations de masse par exemple, ne seront pas développées ici ; seule la participation des autres structures sanitaires sera évoquée, en particulier celle du système privé. Les services médicaux privés (sages-femmes, médecins, pharmaciens) jouent un rôle insuffisam-

ment identifié, rapporté au grand nombre de personnes susceptibles de s'adresser à eux. C'est pourquoi, il faut proposer une codification de cette action des services privés au sein d'un programme national.

3.2. — LEGISLATION.

Pour pouvoir mener à bien une politique sociale quelle qu'elle soit, il faut disposer d'une législation appropriée. Il n'existe pas actuellement de textes législatifs ni réglementaires dans le domaine de l'espacement des naissances. La législation se rapportant à la PMI-EN peut intéresser plusieurs points :

— les normes de bonne pratique de l'espacement des naissances : textes législatifs concernant les moyens contraceptifs, l'information du public et régissant la pratique de la contraception par les différents membres de l'équipe médicale, pour assurer la protection de ce personnel ;

— l'administration : par l'allocation d'un budget nécessaire à ce programme (ceci est actuellement réalisé) ;

— les aspects socio-économiques.

A une demande de contraception qui existait dans la population (1), le Ministère de la Santé a tenté une réponse dès 1974 sous forme d'espacement des naissances intégré à la PMI, qui a tenu compte du contexte socio-culturel. L'espacement des naissances effectué à la PMI ne représente pas n'importe quelle contraception. Celle-ci y est globalisée ; réalisée à la PMI, elle ne divise pas le corps de la femme et peut devenir ainsi mieux acceptée. Cette expérience, évaluée dans le présent travail de 1974 à 1979, a montré que même si on est parvenu à éviter environ 100 000 naissances, il n'en était pas moins vrai que 11 % seulement de la population-cible était touchée par la contraception (en additionnant les prestations des secteurs publics et privés).

L'absence d'une législation nationale concernant l'espacement des naissances constitue parfois un facteur limitant les possibilités d'action. Il faut l'établir, tout en sachant qu'à elle seule elle ne suffira pas à maîtriser la démographie.

Cependant, des résultats appréciables ont été obtenus les dernières années, dans le champ de la contraception elle-même.

Si en 1980, l'enquête nationale révélait que 11% des femmes seulement étaient touchées par la contraception, en 1984, après une enquête annuelle auprès des ménages, l'Office National des Statistiques donne les chiffres suivants :

— 31% des femmes mariées du "Grand Alger" pratiquent la contraception.

— dans les zones rurales, ce chiffre est de 15% des femmes mariées.

— la moyenne nationale est de 23% des femmes mariées pratiquant la contraception.

On a vu aussi, qu'au début du programme, le taux d'abandons était évalué à 30% au bout de la première année, 50% au bout de deux ans, 75% après 4 ans. En 1984, une étude montre un taux d'abandons légèrement inférieur à 30% après un an, et seulement 37% après 4 ans. De plus, cette même étude montre que si la contraception dure une année au moins, elle a de fortes chances de durer plus de quatre ans.

Ces changements qualitatifs survenus ces dernières années, même s'ils ne sont pas démonstratifs, autorisent quand même l'espoir eu égard à l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Association Algérienne pour la Recherche Démographique, Economique et Sociale (AARDES). La Régulation des Naissances, opinions et attitudes des couples algériens. Alger : AARDES, 1968.

2. Austin, J E. Le "management" : point faible des programmes de planning familial. Planning Fam. 1974 ; 4 : 611-624.

3. Babadji, R. Egalité des sexes, Constitution et droit musulman en Algérie, CRIDSSH Université d'Oran, 1983 ; n° 4.

4. Bastide, H. Girard, A. Attitudes et opinions des français à l'égard de la fécondité et de la famille. Population 1975 ; 30 : 693-750.

5. Bendahmane, Y, Chaker, F, Diabi, F, Hammam, R, Oussedik, H. Espacement des naissances et statut social de la femme. Journées d'enseignement post-universitaires ; table ronde "espacement des naissances", Alger, avril 1980. Rev Alg Med, à paraître.

6. Bennoune, M, Kouider, S. La condition Féminine en Algérie, Analyse diacro-synchronique Doc Mult, Alger, 1980.

7. Benzohra, C. Impact de la consultation d'EN, Policlinique de Belcourt, Alger, janvier 1983 (rapport de stage, dactyl.).

8. Bloom, B S. al. Taxanomie des objectifs pédagogiques. Tome 1 : domaine cognitif ; tome 2 : domaine affectif. Montréal : Education Nouvelle, 1969-1970.

9. Bogue, D J. A model interview for fertility research and family planning evaluation. In : Family Planning Research and Evaluation Manual. Chicago : Community and family Study Center, 1970).

10. Bouhdiba, A. La sexualité en Islam Paris : P U F, 1975.

11. Bouraoui, A, Taktak, A. L'introduction des problèmes de population dans les programmes scolaires. Rev Tunis Sci Soc 1977 ; 14 : 11-23.

12. Bradshaw, B R. Women in family planning. Am J 1975 ; 65 : 1239-42.

13. Centre de Documentation des Sciences Humaines. Actes des journées d'Etude et de Réflexion sur les femmes algériennes, 3-4-5 et 6 mai 1980. Oran : Cahiers du CDSH, 1980.

14. Caldwell, J C, Caldwell P. Demographic and contraceptive innovators : a study of transitionnal African Society. J Biosoc Sci 1976 ; 8 : 347-65.

15. Chaulet, C, Diabi, F. Productrices ou reproductrices ? L'affectation de la force de travail féminine dans le modèle de développement algérien. Table ronde organisée par le Centre National de la Recherche Scientifique : les femmes, la division internationale du travail, le développement. Chantilly, mai 1980 (dactyl.).

16. Centre International de l'Enfance. La Santé de la famille et de la communauté. Paris : Edit. Saint-Paul, 1976.

17. Chalabi, R. Attentes et demandes en matière de contraception. Mémoire de licence, juin 1978 ; Institut des Sciences Sociales, Oran (multigr.).

18. Charef, H. Une expérience de planification familiale dans une ville du Maroc. Thèse, Med, Tours, 1972.

19. Cohen, J. Quelques chiffres sur la consommation de contraceptifs en France en 1978. Contrac. Fert Sexual 1978 , 6 : 695-7

20. Correa, H, Beasley, J D. A model for personnel planning and administration in a family planning program. Am J Public Health 1974 ; 64 : 1095-6.

21. Cutright, P, Jaffe, F S. Impact of family planning programs on fertility. The U.S. experience. New York : Praeger Publ, 1977.

22. Debrabant, Fr. La protection maternelle et infantile en Gde Kabylie. Thèse Med Lille, 1975.

23. Eisner, V. Improvment in infant and perinatal mortality in the USA. 1965-1973 : I. Priorities for intervention. Am J Public Health 1978 ; 68 : 359-64.

24. Ecole Nationale de la Santé Publique : Manuel de Régulation des Naissances en Afrique, 2e éd. Rennes : ENSP, 1976.

25. Family planning in China, 1960-1966. Summary of medical reviews articles. Et Planning Fam 1974 ; 353-406.

26. Farley, J U, Leavitt, H J. Le marketting et la gestion d'un programme de planning familial. Et Planning Fam 1974 ; 4 : 485-92.

27. Farre, L. A propos d'une expérience de planning en Algérie. Thèse Med Paris, 1974.

28. Fawzy-Khallaf, D. Les politiques de population en Algérie, Planning familial et développement, Alger, octobre 1981 (multigr.).

29. Fédération Internationale pour le Planning Familial (IPPF) Le rapport entre la taille de la famille et la santé de la mère et de l'enfant. London : IPPF, 1970.

30. Gentry, J T, Kaluzny, A D, Veney, J E. A comparative analysis of factors influencing the implementation of family planning services in the United States. Am J Public Health 1974 ; 64 : 376-89.

31. Goldstein, H. Observations on evaluation of family planning programs. Health Serv Rep 1973 ; 88 : 213-217.

32. Green, L W. Etudes sur le terrain des programmes de planification familiale pour les hommes et pour les femmes. Rev Int Educ Santé 1973 ; 16 : 242-59.

33 Greep, R O, Koblinsky, M A, Jaffe, F S. Reproduction and human welfare : a challenge to research. A review of the reproductive sciences and contraceptive development. Cambridge : MIT Press, 1976.

34. Guilbert, J J. Educational Handbook. Genève : WHO, 1976.

35 Haddad, W. Rôle des sages-femmes et des infirmières et planification familiale. In : Centre International de l'Enfance, Cours sur la santé de la mère et de l'enfant. Paris-Bulgarie, 21 février - 7 avril 1977 (multigr.).

36. Jourdain, R. Quelques techniques d'évaluation des programmes de régulation des naissances. In : santé et Planification familiales Paris : C I E, 1978.

37. Institut National de Santé Publique, Bureau Central de Protection Maternelle et infantile. Programmation Sanitaire du Pays, Algérie 1977-1981. PMI et Espacement des Naissances. Alger : INSP, 1976.

38. Institut de Technologie de Planification et d'économie Appliquée. Mémoire de stage de 2[e] année, juin 1979 (dactylogr.).

39. International Planned Parenthood Federation. Islam and Family planning, tome 1. Beirut : IPPF, 1978.

40. Katz, F M. Guidelines for evaluating a training program for health personnel. Genève : WHO, 1978.

41. Keller, A. L'effet de l'organisation des centres de consultations de planning sur le temps d'attente. Et Planning Fam 1975 ; 6 : 221-30.

42. Kessler, A, Standley, C C. Human reproduction and family planning : research strategies in developing countries. Nature 1974 ; 251 : 577-9.

43. Kessler, A, Standley, C C. Méthodes de régulation de la fécondité. Récents progrès du programme OMS de recherche sur la reproduction humaine. Chronique OMS 1977 ; 31 : 192-204.

44. Khalifa, A M. The influence of wife's education on fertility in rural Egypt. J Biosocial Sci 1976 ; 8 : 53-60.

45. Ladjali M. Rôle de chaque membre de l'équipe de PMI. In : Régulation des Naissances en Afrique, 2[e] éd. Rennes ; ENSP, 1976.

46. Ladjali, M. Family planning in Algeria. In : family Planning in the world, a review of programs. New York : Population Council, 1977.

47. Ladjali, M. L'espacement des naissances en Algérie : Document présenté à l'Assemblée Populaire Nationale, Alger, janvier 1978 (multigr.).

48. Ladjali, M. et al. Evaluation de la formation de l'équipe de santé en espacement des naissances. Journées d'enseignement post--universitaire, table ronde "espacement des naissances", Alger, avril 1980, à paraître in Rev Alg Med.

49. Ladjali, M. et al. Les accoucheuses traditionnelles et l'espacement des naissances. Journées d'enseignement post-universitaire, table ronde "espacement des naissances", Alger, avril 1980, à paraître in Rev Alg Med.

50. Ladjali, M. et al. Evaluation des activités d'espacement des naissances intégrées à la protection maternelle et infantile. Journées d'enseignement post-universitaire, table ronde "espacement des naissances", Alger, avril 1980, à paraître in Rev Alg Med.

51. Ladjali, M. Le programme national d'espacement des naissances ; activités du Ministère de la Santé, juin 1983 (multigr.).

52. Ladjali, M, Diabi, F. Le statut social de la femme et planification familiale dans les pays en voie de développement, Conférence Internationale sur l'enseignement de la planification familiale aux personnels de santé. Paris : OMS-CIE 1981.

53. Lecomte, J, Marcoux, A. Contraception et fécondité au Maroc et en Tunisie. Et Planning Fam 1977 ; 5 : 15-26.

54. Mager, R F. Comment définir des objectifs pédagogiques. Paris : Gauthier-Villars, 1971.

55. Manciaux, M. Santé et Planification familiale. Paris : CIE, 1978.

56. Manisoff, M. The family planning nurse practitioner : concepts and results of training. Am J Public Health 1976 ; 66 : 62-4.

57. Martin, J. Planification familiale : rôle de certaines dissonances au niveau de la cohérence des motivations. Rev Int Educ Santé 1974 ; 17 : 201-7.

58. Mauldin, W P. Evaluation des programmes nationaux de planning familial dans les pays en développement. Et Planning Fam 1975 ; 6 : 51-61.

59. Ministère de la Santé (Algérie). Démographie et Santé, novembre 1979 (multigr.).

60. Ministère de la Santé (Algérie). Les services de santé en Algérie (3 fascicules), novembre 1979 (multigr.).

61. Ministère de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (Algérie). L'Algérie en quelques chiffres, 1982.

62. Mokkadem, A. Démographie et espacement des naissances. Journées d'enseignement post-universitaire, table ronde "espacement des naissances", Alger, avril 1980 (multigr.).

63. Morley, D. Pédiatrie dans les pays en développement : problèmes prioritaires. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1977.

64. Neumann, A K. Integration of family planning and maternal and child health in rural West Africa. J Biosocial Sci 1976 ; 8 : 161-73.

65. Organisation Mondiale de la Santé. Evaluation of family planning in health services. Série de rapports techniques. Genève : OMS, 1975 ; 569.

66. Organisation Mondiale de la Santé. The role of MCH services in family planning. Conférence, Ljubljana, 4-8 december 1972, Copenhague : OMS, 1973.

67. Organisation Mondiale de la Santé. Family planning in the education of nurses and midwives. Geneva : Turnbull L M et Plzurki H, 1973.

68. Organisation Mondiale de la Santé. Health and family planning. World population conférence, Bucharest, 19-30 August 1974. New York : ONU, 1974.

69. Papiernik, E. Près de deux fois moins de naissances prématurées en dix ans, Le Monde, 3 août 1983.

70. Le Monde Islamique. Peuples1979 ; 6 : (n° spécial).

71. Philippe, P. Analyse transversale et longitudinale du risque de mortalité infantile en fonction du rang de naissance et de la dimension finale de la famille. Canad J Public Health 1978 ; 69 : 109-12.

72. Pierotti, D J A, Lecorps, P, Revson, J E. Le premier programme français de formation du personnel des centres de planification et d'éducation familiale. 5 novembre-21 décembre 1973. Rennes : ENSP, 1974.

73. Prada-Salas E. Estimation du nombre de naissances évitées grâce au programme Profamilia. Et Planning Fam 1975 ; 6 : 199-207.

74. Repetto, R. Préférence pour les fils et comportement procréateur dans les pays en voie de développement. Et Planning Fam 1972 ; 3.

75. République de Cuba. Ministère de la Santé Publique. Programas basicos de area de salud y su evaluacion. 1977.

76. Reynolds, J. Operational evaluation of family planning programs through process analysis. New York : International Institute for the study of human reproduction, Columbia University, 1973.

77. Rochon, J. Méthodes d'évaluation des soins de santé. In: Sakett DL. Baskin MS. Stratégies d'évaluation. Montréal : McMaster University, 1971.

78. Rogers, E M, Solomon, D S. Les accoucheuses traditionnelles et la planification familiale en Asie. Et Planning Fam 1975 ; 6 : 208-20.

79. Rosenfield, A G. Auxiliaries and family planning. Lancet ; 1974 ; T : 443-5.

80. Ross, J A. Calcul des objectifs dans six programmes de planning familial. Séminaire sur la recherche démographique en relation avec les objectifs de croissance d'une population. St Augustine, Trinidad et Tobago, 3-9 avril 1973. Paris : CICRED : 1973.

81. Saadaoui, N. La face cachée d'Eve Paris : Edition Des Femmes, 1982.

82. Scheiffelin, O. Attitudes de l'Islam face à la régulation des naissances (Recueil de textes). New York : Population Council, 1974.

83. Secrétariat d'Etat aux affaires Sociales (Algérie) : Rapport du Comité Interministériel chargé de l'étude et de l'élaboration d'un programme d'action, en vue de la maîtrise de la croissance démographique, Conseil Interministériel, Alger 14 février 1983.

84. Secrétariat d'Etat au Plan (Commissariat National aux recensements et enquêtes statistiques). Recensement général de la population et de l'habitat, 12 février 1977. Tableaux et premières analyses globales. Alger : SEP, 1977 ; T : Série 8.

85. Secrétariat d'Etat au Plan. Etude Statistique Nationale de la Population. Résultats de l'Enquête Fécondité. Alger : SEP, 1972 ; 2.

86. Soukehal, A, Ladjali, M. La pratique de la contraception dans la commune de Birmandreis, à partir de l'évaluation de 3 années d'activités du centre d'espacement des naissances. III[e] Journées d'enseignement post-universitaire, Alger, avril 1979 (multigr.).

87. UNESCO. L'information au service de l'action démographique. Paris : UNESCO, 1974.

88. Van Ginneken, J K. La prolongation de l'allaitement maternel comme moyen d'espacer les naissances. Et Planning Fam 1974 ; 5 : 326-36.

89. Watson, W B, Lapham, R J. Les programmes de planification familiale dans le monde : situation en 1974. Et Planning Fam 1976 ; 6 : 348-538.

90. Westoff, C F. The decline of unplanned births in the United States. Science 1976 ; 191 : 38-41.

91. Wray, J D. Les effets de la pression démographique sur la famille : la dimension de la famille et l'échelonnement des naissances. Bull Demogr Planning Fam 1972.

92. World Health Statistics Reports. Health aspects of population trends and prospects. World Health Stat Rep 1974 ; 27 : n° 5.

ANNEXES

ANNEXE 1

OPINION DU CONSEIL SUPERIEUR ISLAMIQUE SUR LA LIMITATION DES NAISSANCES

(Traduction officielle du texte arabe paru dans "Al Chaab" du 23-4-1968).

Le Conseil Supérieur Islamique a été saisi par le Ministère de la Santé, lui demandant d'émettre un avis sur la limitation des naissances, conformément aux presciptions légales de la religion musulmane.

Considérant qu'il s'agit là d'une question difficile et épineuse, qui a été débattue anciennement et récemment par des savants compétents en la matière sans qu'ils puissent, pour autant, parvenir à lui trouver de décision définitive.

Considérant qu'il y va de la vie de l'espèce humaine, c'est la raison pour laquelle la chose a fait l'objet d'opinions divergentes qui, à tous égards, méritent de retenir l'attention.

Considérant que dans toutes les religions, d'après les textes de leurs lois respectives, il est dit expressément que Dieu — que sa Puissance soit exaltée ! — garantit la subsistance des humains et leur donne les moyens de la rechercher en eux-mêmes ou de la tirer de la terre sur laquelle ils vivent afin de jouir, ainsi, d'une vie aisée.

Cela étant,

Le Conseil Supérieur Islamique, tout en s'abstenant de se réserver l'exclusivité dans ce domaine,

A estimé bon de prendre contact avec toute personne connue pour sa compétence et son expérience dans les affaires touchant la religion et le social, en la priant de bien vouloir donner son avis par écrit.

Plusieurs réponses sont parvenues, accompagnées de toute une documentation qui prouve l'importance attachée à la question. Dans ces réponses on préconise de concilier l'intérêt national avec ce que nous enseigne notre religion, dont le seul but d'ailleurs est de rechercher l'intérêt des personnes qu'ignorent quelquefois certaines d'entre elles.

De crainte, enfin, de voir les individus — qu'il s'agisse de notre génération ou des générations futures — ne se préoccuper, par égoïsme, que de l'intérêt personnel en s'adonnant au dérèglement moral,

Nous avons cru bon d'attirer leur attention sur le fait et les conséquences néfastes qui en résulteront sur la pratique totale ou partielle de la limitation des naissances.

De l'examen de toutes ces correspondances parvenues au siège du Conseil Supérieur Islamique, celui-ci a tiré les conclusions suivantes :

La limitation des naissances est donc permise dans les conditions suivantes :

1°) Qu'elle soit pratiquée d'une façon individuelle en cas de nécessité existante ou éventuelle, concernant la mère ou ses enfants nés ou à naitre.

2°) Que la détermination de cette nécessité soit réservée à l'appréciation des intéressés eux-mêmes.

3°) Si le Gouvernement estime prendre des mesures quelconques à ce sujet, il est très souhaitable, à notre avis, de le voir au préalable organiser toute une campagne d'animation d'esprit civique au sein de la masse populaire pour lui expliquer les conditions à remplir afin d'avoir des enfants sains, sans toutefois que cette orientation revête un caractère de contrainte à quelque titre que ce soit.

4°) Mettre à la disposition des personnes qui se trouvent dans des cas ci-dessus précisés, tous moyens nécessaires à leur sauvegarde, afin de ne pas les voir s'engager dans une voie dangereuse qui pourrait aggraver leur cas et avoir des conséquences fâcheuses.

Enfin, il est à rappeler que toutes les précautions dont il s'agit doivent être prises à l'égard des intéressés dans le cadre des règles légales.

Puisse Dieu nous conduire dans la voie du bien et de la rectitude.

Pour Le Conseil Supérieur Islamique
signé :
ABBAS BEN CHEIKH EL HOCINE.

ANNEXE 2

EXTRAITS DES RESOLUTIONS DU IV[e] CONGRES DU F. L. N.

... D'autre part, les transformations profondes de la société algérienne ont suscité, comme elles devaient le faire, une montée considérable des besoins sociaux. Le droit à l'éducation, au logement, à la santé, à une nourriture et à un habillement décent sont des impératifs et des défis que notre société doit et peut relever...

... Conscient de la nécessité impérative de faire face à la montée des besoins sociaux tout en continuant l'effort d'industrialisation et de développement agricole.

Conscient des données démographiques du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat et de l'importance de l'exode rural.

Conscient des pressions et entraves organisées par l'impérialisme à l'échelle mondiale.

Le Congrès demande au Comité Central d'organiser au sein des instances du Parti, un débat sur les priorités dans le cadre de la poursuite de l'effort global de développement.

Demande au Comité Central de veiller à la traduction en programmes planifiés de l'ensemble des grands objectifs de développement tels que définis par la Charte Nationale.

Invite le Comité Central à organiser, au sein instances du Parti, un débat sur le financement interne et externe de notre développement.

Affirme la nécessité d'un examen approfondi de notre politique des revenus en vue d'aboutir aux mesures institutionnelles, économiques et organisationnelles susceptibles de mettre fin aux disparités sectorielles et spatiales existantes.

Demande au Comité Central de :

Faire accélérer l'étude du code de la famille.

D'elaborer une politique cohérente et complète en faveur de l'enfance et notamment de l'enfance handicapée.

Souligne la nécessité dans le cadre de la politique sanitaire globale, de veiller particulièrement à la protection de la femme et de l'enfant afin d'aboutir à un équilibre de la famille, en relation avec un accroissement démographique en harmonie avec le rythme d'accroissement de notre économie...

ANNEXE 3

EXTRAIT DES RESOLUTIONS SUR LA SANTE ADOPTEES PAR LE COMITE CENTRAL DU PARTI DU F. L. N.
31 décembre 1980

V.I. — DEMOGRAPHIE — PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE — ESPACEMENT DES NAISSANCES

1. considérant que la croissance démographique atteint dans notre pays le taux annuel de 3,2%, l'un des plus élevés du monde et qu'à ce rythme, l'Algérie doublera sa population en l'an 2000 passant de 19 millions à 38 millions ;
2. considérant les conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant ;
3. considérant la nécessité de concevoir une politique démographique s'appuyant sur les fondements de la religion et tenant compte des considérations morales et individuelles ;
4. considérant que l'équilibre démographique fondé sur le libre choix constitue une exigence pour l'équilibre socio-économique de la nation ;

RECOMMANDE :

90. d'engager un vaste programme d'information et d'éducation ;
91. d'élaborer des textes permettant l'application des dispositions pertinentes du code de la santé ;
92. de dégager les moyens humains, matériels et financiers nécessaires à la mise en œuvre d'un programme national d'espacement des naissances ;
93. de développer la protection maternelle et infantile qui devra constituer un des axes majeurs de la politique ;
94. L'organisation d'actions d'information et d'éducation permanentes en utilisant les moyens audio-visuels et toutes les structures regroupant des collectivités ;
95. de créer un organisme national pour la protection de la mère et de l'enfant.

ANNEXE 4

OBJET : **PROGRAMME DE RECYCLAGE EN ESPACEMENT DES NAISSANCES**

(session courte)

Ce mini-programme, d'une durée d'une semaine, s'adresse au personnel déjà en activité dans les centres de PMI-EN et au personnel en formation, pour leur permettre d'intégrer par la suite l'espacement des naissances à leurs activités.

Le programme reprend une partie de l'enseignement qui était dispensé lors des sessions de recyclage organisées de 1974 à 1980. Il représente un programme minimum. Si vous estimez utile d'y adjoindre d'autres thèmes, il faut également augmenter la durée de la session. Nous sommes à votre disposition pour vous fournir, dans ce cas, des renseignements complémentaires.

Vous trouverez ci-joint :

1 — la liste des cours à dispenser
2 — les objectifs des cours théoriques
3 — les objectifs du stage pratique
4 — la documentation de base pour assurer l'enseignement.

Dans toutes les wilayate, il existe un ou plusieurs centres de PMI-EN qui fonctionnent avec du personnel déjà recyclé en espacement des naissances, et qui pourront servir de terrain de stage pratique.

D'ordinaire, le programme se déroule comme décrit ci-après, cependant, les possibilités locales peuvent imposer des modifications :

le stage pratique a lieu tous les matins, du samedi au mercredi inclus, dans un centre de PMI ayant intégré l'espacement des naissances ;

— l'enseignement théorique a lieu tous les après-midi, du samedi au mercredi inclus ;

— enfin, la matinée du jeudi est consacrée à l'évaluation de l'enseignement théorique et pratique.

L'enseignement théorique peut être dispensé par des médecins, algériens ou étrangers intéressés par l'espacement des naissances, et les sages-femmes ayant été recyclées dans ce domaine.

L'enseignement pratique sera assuré dans un centre d'espacement des naissances sous la responsabilité du personnel déjà recyclé.

Si vous rencontrez des difficultés pour appliquer ce programme, n'hésitez pas à en faire part.

Nous serons toujours intéressés d'être informés des expériences que vous tenterez dans ce domaine.

1. — LISTE DES COURS THEORIQUES A DISPENSER POUR UN MINI-RECYCLAGE

1. L'espacement des naissances en Algérie ;
2. Les méthodes contraceptives ;
3. Eléments de démographie algérienne — Indicateurs de santé ;
4. Les problèmes de stérilité du couple ;
5. Evaluation et statistiques des activités d'espacement des naissances.

2. — OBJECTIFS DU STAGE PRATIQUE

A la fin de son stage pratique, le stagiaire doit être capable de :

— établir un dossier d'espacement des naissances ;
— proposer une méthode contraceptive ;
— expliquer les avantages et inconvénients de chaque méthode ;
— préparer le matériel nécessaire à la consultation ;
— insérer un D.I.U. ;
— contrôler un D.I.U. ;
— retirer un D.I.U. ;
— prescrire un contraceptif oral ;

— tenir le registre journalier d'espacement des naissances ;
— faire des statistiques ;
— programmer les besoins en contraceptifs et autre matériel fongible ;
— faire la stérilisation du matériel.

OBJECTIFS DE L'ENSEIGNEMENT THEORIQUE

Jour 1. — L'ESPACEMENT DES NAISSANCES EN ALGERIE

Objectifs du cours :

— décrire l'organisation de l'espacement des naissances en Algérie ;

— citer les objectifs de l'espacement des naissances ;

— évaluer l'intérêt d'intégrer l'espacement des naissances dans les activités de P.M.I.

Documentation :

— L'espacement des naissances en Algérie (Dr. Malika LADJALI).

Jour 2. — LES METHODES CONTRACEPTIVES

Objectis du cours :

— énumérer les différentes méthodes contraceptives ;
— discuter les indications et contre-indications de chaque méthode ;
— analyser et comparer les méthodes les plus utilisées et les plus adaptées au contexte algérien.

Documentation :

— Les méthodes contraceptives ;

— Documents techniques sur les méthodes contraceptives.

Jour 3. — LES PROBLEMES DE STERILITE DU COUPLE

Objectifs du cours :

— identifier les problèmes de stérilité du couple ;
— déterminer l'attitude du personnel de santé face à ces problèmes.

Documentation :

— Identification des problèmes de stérilité du couple.

Jour 4. — ELEMENTS DE DEMOGRAPHIE ALGERIENNE — INDICATEURS DE SANTE

Objectifs du cours :

— énoncer et définir les principaux indices démographiques en Algérie ;

— définir les principaux indicateurs de santé.

Documentation :
— Eléments de démographie algérienne.

Jour 5. — EVALUATION ET STATISTIQUES DES ACTIVITES D'ESPACEMENT DES NAISSSANCES

Objectifs du cours :
— s'initier aux techniques de statistiques d'espacement des naissances ;
— réaliser des exercices de rapports d'activité d'EN.

Documentation :
— Statistiques sanitaires ;
— Modèles de rapports d'activité EN, fiches, dossiers, registres EN.

Jour 6. — EVALUATION DE LA SEMAINE DE FORMATION

Cette étape est indispensable pour clôturer la semaine d'activités pratiques et théoriques. Elle permettra :

— d'évaluer les connaissances acquises tant au plan pratique que théorique ;

— de discuter les difficultés rencontrées au cours du mini-recyclage ;

— de donner les orientations de l'organisation du travail de chacune des participantes dans le domaine de l'espacement des naissances.

ANNEXE 5

TEST

Ce questionnaire constitue une partie de l'évaluation. Il doit atteindre un double but :

1. **mesurer les connaissances sur les sujets traités**
2. **obtenir une évaluation du cours.**

Lisez chaque question attentivement. La réponse peut être portée de deux manières différentes :

1. **choisir entre les différentes possibilités proposées ;**
2. **formuler succinctement** votre réponse en l'écrivant dans l'espace réservé à cet effet.

Ne perdez pas votre temps sur les questions qui vous paraissent difficiles. Il vaut mieux continuer, répondre aux autres questions et revenir ensuite sur celles restées sans réponse.

Nom...... Prénom...... Secteur Sanitaire...... Date.......

1. Citez au moins 4 causes principales de la diminution de l'allaitement maternel observée dans la plupart des pays du monde.

2. La Labnamine (farine lactée instantanée) peut être introduite dans l'alimentation de l'enfant à partir de l'âge de :

   a — 15 jours / b — 4 mois / c — 5 mois / d — 1 an / e — après 1 an.

3. A quoi sert la manœuvre d'Ortolani ?

   a — elle permet de découvrir un retard de croissance intra-utérin / b — elle permet de rechercher le réflexe de la marche automatique / c — elle permet de découvrir une luxation congénitale de la hanche / d — elle permet de découvrir une atrésie de l'œsophage / e — elle permet de faire le diagnostic de mort fœtale in utero.

4. La définition du taux de mortalité infantile est :

a — $\frac{\text{Nb d'enfants de moins d'1 an décédés pdt l'année}}{\text{population totale de l'année}}$

b — $\frac{\text{Nb d'enfants de — de 5 ans décédés pdt l'année}}{\text{Nb de naissances vivantes pdt l'année}}$

c — $\frac{\text{Nb d'enfants de moins d'1 an décédés pdt l'année}}{\text{Nb de naissances vivantes pdt l'année}}$

d — $\frac{\text{Nb décès d'enfants de — d'1 mois pdt l'année}}{\text{Nb naissances vivantes pdt l'année}}$

5. Une femme de 25 ans, tuberculeuse, traitée en ambulatoire, vient d'accoucher de son 2e enfant. Elle demande conseil pour l'alimentation de cet enfant. Que faites-vous ?

a — vacciner son enfant au BCG et lui conseiller l'allaitement maternel / b — vacciner son enfant au BCG et le mettre au lait artificiel / c — la séparer de son enfant pendant 30 jours / d — passer une radio à son enfant et le mettre au lait dit "humanisé".

6. — En Algérie, les vaccinations obligatoires doivent être effectuées :

a — de la naissance à 1 an / b — de la naissance à 6 ans / c — de 2 à 6 ans / d — plus de 6 ans.

7. — Le signe clef de la malnutrition protidique est constitué par :

a — le retard pondéral / b — le retard statural / c — la diarrhée / d — l'œdème carentiel / e — l'anorexie.

8. — La prévention du tétanos ombilical se fait par :

a — la vaccination du nouveau-né / b — la vaccination de la femme enceinte / c — la vaccination de la nouvelle accouchée dans les 72 heures qui suivent l'accouchement / d — la vaccination à la naissance du nouveau-né et de sa mère.

9. — L'allergie post-vaccinale, après la vaccination au BCG, apparaît dans un délai de :

a — 48 heures / b — 1 à 2 semaines / c — 3 à 8 semaines.

10. A la suite d'une vaccination de masse par le BCG, on note une diminution brutale du nombre d'enfants présentant une méningite tuberculeuse. Cinq ans après, le nombre de ces méningites augmente. Ceci est dû :

a — à une mauvaise technique vaccinale / b — à une insuffisance de la couverture vaccinale par le BCG des enfants de la naissance à 4 ans / c — à une mauvaise qualité du vaccin utilisé pendant la campagne.

11. — Parmi les groupes de propositions suivantes, quel est celui dont **tous** les termes répondent à la politique actuelle de vaccination par le BCG en Algérie ?

a — campagne nationale, injection ID, vaccin lyophilysé / b — intégration de la vaccination par le BCG, à la naissance, test tuberculinique préalable / c — intégration de la vaccination au BCG, injection SC, vaccin lyophilysé / d — intégration de la vaccination au BCG, injection ID, vaccin lyophilysé / e — campagne nationale, test tuberculinique préalable, vaccin frais liquide.

12. — Citez au moins 4 causes importantes de mortalité infantile en Algérie.

13. — Pour la vaccination antipoliomyélitique buccale, l'intervalle optimum conseillé entre 2 prises de vaccin est de :

a — 2 semaines / b — 4 semaines / c — 6 semaines / d — indéterminé.

14. Chez la femme, l'ovulation :

a — survient toujours à date fixe, au 14ᵉ jour du cycle / b — est parfaitement prévisible d'après la date des dernières règles / c — est prévisible d'après la courbe de température / d — est toujours imprévisible.

15. — Le préservatif masculin (condom) est utilisé correctement lorsque :

a — il est placé au moment des préludes sexuels, avant l'érection / b — il est placé au moment de l'érection, avant l'acte sexuel / c — il est placé juste avant l'éjaculation / d — il est placé sur la verge en érection, après contact du pénis et du vagin.

16. — Quelles sont les contre-indications absolues à l'utilisation des contraceptifs oraux ?

1. accidents thrombœmboliques / 2. cancer connu ou suspecté du sein / 3. saignements utérins non expliqués / 4. irrégularité du cycle

Choisissez la réponse exacte :

a — 1, 2 et 3 / b — 1, 2 et 4 / c — 2, 3 et 4 / d — 1, 2, 3 et 4.

17. — Citez au moins 5 contre-indications à la pose d'un dispositif intra-utérin.

18. — Une consultante, porteuse d'un dispositif intra-utérin depuis 3 mois, se rend compte, il y a 3 semaines, lors de ses dernières règles, qu'elle a perdu son dispositif. Ne pouvant se libérer plus tôt pour venir consulter, elle n'a pris aucune précaution contraceptive durant cet intervalle. Elle demande une réinsertion de DIU. Votre examen clinique est normal. Que faites-vous ? (une seule réponse svp) :

a — vous lui conseiller de revenir après ses prochaines règles pour une nouvelle insertion / b — vous réinsérez immédiatement un nouvel appareil / c — vous changez de méthode en lui suggérant la prise de contraceptifs oraux / d — vous lui conseillez une radio de bassin, face et profil, afin de vérifier l'absence ou la présence de DIU / e — aucune de ces conduites n'est correcte.

19. — Décider de mener une action éducative dans le domaine de la santé, et mener à bien cette action, c'est :

a — l'affaire de la population conseillée par le personnel de la santé publique / b — L'affaire uniquement des techniciens paramédicaux / c — l'affaire de l'ensemble du personnel travaillant dans la santé publique / d — l'affaire des instituteurs et des professeurs des écoles primaires et secondaires.

20. — Le plus important taux d'insuccès des dispositifs intra-utérins dans tous les pays est :

a — la grossesse / b — l'expulsion / c — le retrait.

21. — Une femme est porteuse d'un stérilet au cuivre depuis 13 mois. Lors d'un contrôle, on découvre une exocervicite. On prescrit un traitement médical local, puis on effectue des prélèvements cervico-vaginaux qui sont de type inflammatoire. Faut-il pratiquer une électrocoagulation d'emblée ? Y aurait-il un inconvénient ? Faut-il retirer le stérilet, pratiquer l'électrocoagulation et reposer un stérilet après cicatrisation ?

22. — Une femme de 39 ans, ayant 6 enfants vivants, est porteuse d'un stérilet de type Lippes C depuis 15 mois. Elle se présente à la PMI en signalant un retard de règles de 10 jours. Au spéculum, les fils témoins du DIU sont visibles.

a — citez deux causes possibles de ce retard de règles,

b — quelle est votre attitude immédiatement ?,

c — que ferez-vous dans le futur pour cette patiente ?,

23. — Citez au moins 2 méthodes contraceptives **traditionnelles** utilisées en Algérie que vous connaissez dans la région où vous exercez (ne pas donner ici les méthodes modernes).

24. — Au cours d'une déshydratation aiguë, on suspecte une acidose cliniquement devant :

a — dyspnée / b — convulsions, fièvre, agitation / c — mydriase, yeux excavés, apathie / d — aucune de ces propositions.

25. — Un programme d'EN intégré repose essentiellement sur :

1. Les méthodes contraceptives utilisées et conseillées : 2. La qualité de l'accueil dans les centres d'EN ; 3. La connaissance du mécanisme de la reproduction humaine par le couple, et sa détermination (motivation) ; 4. L'accent mis sur l'éducation sanitaire des femmes ; 5. L'intégration de l'activité d'EN aux autres activités de PMI. Choisissez la réponse exacte :

a — 1, 2 et 4 / b — 1, 3 et 4 / c — 1, 2, 3 et 4 / d — 1, 2, 3, 4 et 5.

26. — Citez deux moments propices pour discuter d'EN avec une femme et dites pourquoi.

27. — Le premier geste à faire, en cas de déshydratation aiguë isotonique sévère est de :

a — lever le collapsus / b — corriger l'acidose / c — corriger les pertes / d — assurer les besoins d'entretien normaux.

28. — Citez les deux méthodes contraceptives les plus indiquées dans le contexte algérien. Dites pourquoi vous avez fait ce choix.

29. — Proposez un emploi du temps horaire et hebdomadaire du samedi au jeudi inclus du centre de PMI où vous travaillerez après y avoir intégré l'EN (selon les cas, cet emploi du temps sera établi en journées continues ou discontinues). (vous disposez d'une page blanche ci-après, pour répondre à cette question).

ANNEXE 6

QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE SUR LA FORMATION

Fiche n° 1 (à remplir par le directeur du secteur sanitaire)

Nom.................... Prénom............

Fonction : — sage-femme — infirmière — AMSP — accoucheuse rurale — assistante sociale — autres

Date du recyclage : .... N° d'attestation :.... .....

1 / Depuis la fin du recyclage, l'intéressée est toujours dans le même secteur sanitaire : Oui / Non

Si NON : a été mutée vers le secteur sanitaire de ....

— a cessé d'exercer dans le cadre de la santé publique — autre /

2 / Depuis la fin du recyclage, l'intéressée exerce ses activités — en maternité / en PMI (à raison de .....1/2 journées par semaine). Nom de l'unité où l'intéressée exerce ses fonctions :........

3 / Les activités d'EN ont été effectivement intégrées à la PMI de .... depuis la date du.... ....

4 / Observations

Fiche n° 2 (à remplir par la personne recyclée en PMI/EN)

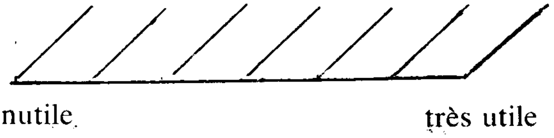
Nom........ Prénom....... Date recyclage.....: N° attestation :.... Adresse postale :....

Fonction actuelle et adresse professionnelle :...

1/ Depuis votre participation au recyclage, quelles ont été vos activités dans le domaine de la PMI/EN ? (décrire ici vos activités)

2/ Exercez-vous toujours ces activités ? Oui/Non. Si non, depuis quand avez-vous cessé de les exercer ?... Pour quelle raison (mariage, raisons familiales, mutation, arrêt des activités professionnelles, autre...) ?

3/ Avec le recul, dans quelle mesure le cours a-t-il été utile pour vos activités ?



4/ Après le recyclage, avez-vous suivi d'autres enseignements ? Quand ? Où ?

5/ Observations (si nécessaire, joindre une page)

'ANNEXE 7

LA FICHE INDIVIDUELLE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

ESPACEMENT DES NAISSANCES

CENTRE DE : ....

FICHE INDIVIDUELLE

N° du dossier : ....

A PRESENTER A CHAQUE CONSULTATION

NOM : ....

Prénom : ....

Date et lieu de naissance : ....

....

Nom du mari : ....

Domicile : ....

Imp. e.p.a. - alger

DATE	METHODE PROPOSEE
....	....
....	....
....	....
....	....
....	....
....	....
....	....

ANNEXE 8

LA FICHE REPERTOIRE

P. M. I.

FICHE INDIVIDUELLE D'ESPACEMENT DES NAISSANCES

NOM : ....

Prénoms : ....

Date de naissance : ....

Lieu de naissance : ....

Epouse de : ....

Adresse : ....

....

Date d'inscription : ....

N° du dossier : ....

Centre d'espacement des naissances de :

....

Imp. e.p.a. - alger

ANNEXE 9

LE DOSSIER INDIVIDUEL

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE
ESPACEMENT DES NAISSANCES

DOSSIER INDIVIDUEL

N° DU DOSSIER :

CENTRE D'ESPACEMENT DES NAISSANCES DE :

DATE DE LA 1° CONSULTATION

N° DU DOSSIER :

NOM :	DATE DE NAISSANCE	PROFESSION	NIVEAU D'INSTRUCTION 0	1	2	3
PRENOMS :	de l'épouse					
EPOUSE DE :						
ADRESSE :	du mari					

Année (s) de ménage	Nombre d'enfants	Vivants G. / F.	Salaire (montant)	Enfants à charge	Affiliation à la Sécurité Sociale OUI / NON

MEDECIN TRAITANT (NOM ET ADRESSE) :

MODE DE RECRUTEMENT :

— ACCEPTANTE DIRECTE :

— ACCEPTANTE INDIRECTE :

Entretien avec le mari: OUI / NON

ANAMNESE OBSTETRICALE

	Date de naissance de l'Enfant	Vivant décédé	Mort-Né	F. C.	A. Terme	SEXE	OBSERVATIONS	METHODES ANTERIEURES DE CONTRACEPTION — ACCEPTABILITE, ECHECS, RAISONS DU CHANGEMENT
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								INVESTIGATIONS ANTERIEURES POUR STERILITE
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

ANAMNESE GENERALE	A. PSYCHOLOGIQUE	ANAMNESE GYNECOLOGIQUE
		AGE AUX PREMIERES REGLES DATE DU DEBUT DES DERNIERES REGLES :
	TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE	

CYCLE MENSTRUEL	VIE SEXUELLE	TRAITEMENT ET INTERVENTIONS GYNECOLOGIQUES
Régulier : OUI NON	DOULEURS :	
Durée :	OUI NON	
Abondance des règles :	HEMORRAGIE :	
+++ ++ +	OUI NON	
DOULEURS :	FRIGIDITE :	
OUI NON	OUI NON	
LACTATION :	Fréquence des rapports :	
OUI NON		

PREMIER EXAMEN PAR :

SEINS :
PERINEE :
VAGIN :
UTERUS : TAILLE :
POSITION :
ANOMALIE :
ANNEXES :
PARAMETRES :
SPECULUM :
PERTES :

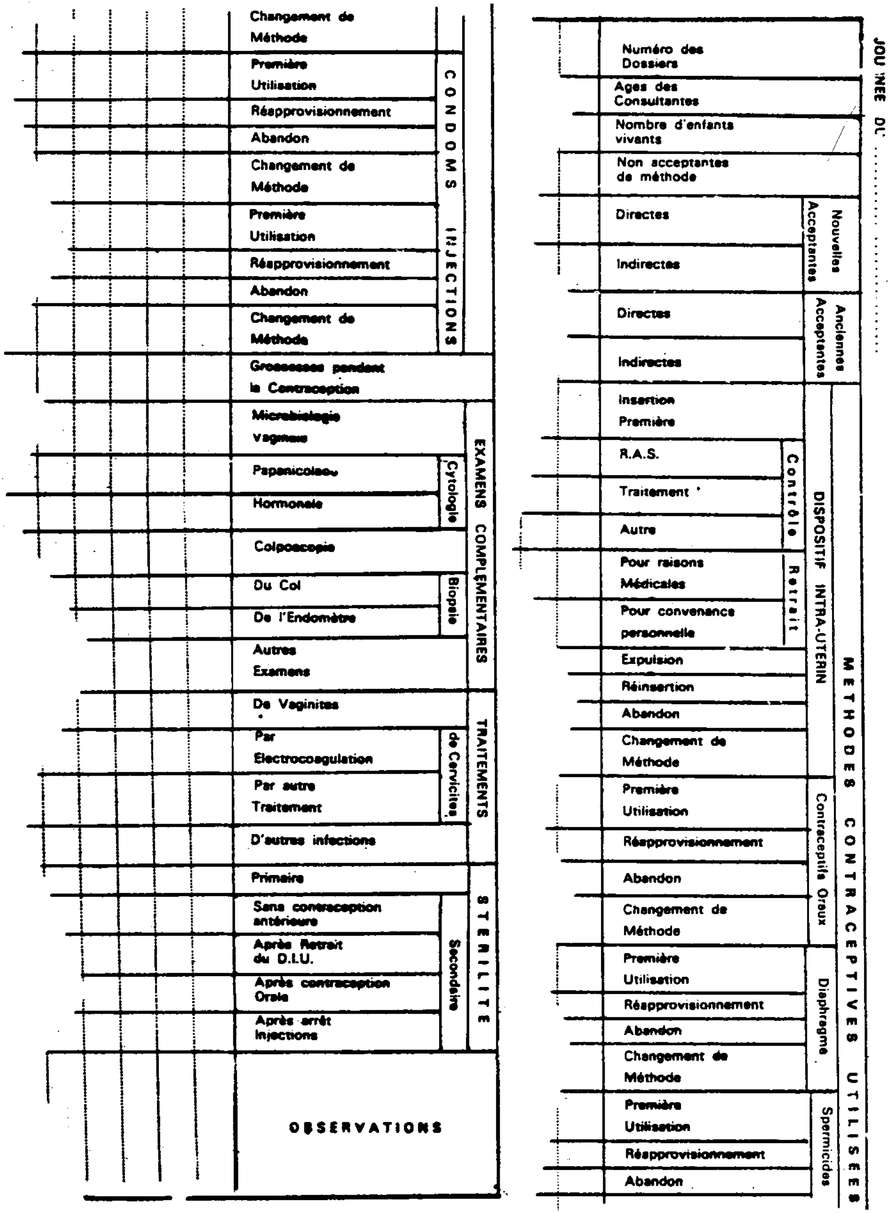
EXAMENS COMPLEMENTAIRES

DATE	EXAMENS DEMANDES	RESULTATS

DATE	METHODE PROPOSEE

ANNEXE 10

LE REGISTRE DE CONSULTATION



ANNEXE 11

LE RAPPORT TRIMESTRIEL D'ACTIVITES

Secteur Sanitaire de .....   /___/ trimestre 19..

Centre d'espacement des naissances de ....

Nouvelles acceptantes	Anciennes acceptantes	Total acceptantes	Non acceptantes de méthode	Total général

REPARTITION DES CONSULTANTES ACCEPTANTES SELON METHODES

	1ère insertion ou utilisation	contrôle ou réapprovisionnement			retrait		expulsion	réinsertion	abandon	changement de méthode	grossesse pendant contraception
		R.A.S.	Traitement	Autres	raison médicale	convenance personnelle					
D.I.U.											
contraceptifs oraux											
Diaphragme											
spermicides											
condoms											
Injections											

NOMBRE DE VISITES A DOMICILE EFFECTUEES AU COURS DU TRIMESTRE

NOMBRE D'EXAMENS

Microbiologie vaginale	Papanicolaou	Cytologie hormonale	Biopsie du col	Biopsie de l'endomètre	Autres examens	Total

NOMBRE DE TRAITEMENTS POUR

Vaginites	Cervicites par électrocoagulation	Cervicites autres traitements	autres infections	Total

NOMBRE DE STERILITES

Stérilité primaire	Stérilité secondaire				
	sans contraception antérieure	après DIU	après contrac. oraux	après autre contrac.	Total

ANNEXE 12

"El Moudjahid" du 21-2-1983

AU CONSEIL DES MINISTRES

UN PROGRAMME NATIONAL D'ESPACEMENT DES NAISSANCES

Le Conseil des ministres s'est réuni hier au siège de la Présidence de la République sous la présidence de M. Chadli Bendjedid, Président de la République, Secrétaire général du Parti FLN.

Le Conseil a entendu un exposé du Premier ministre sur les activités gouvernementales.

Sur rapport du Secrétaire d'Etat aux Affaires sociales, le Conseil des ministres a adopté un programme d'action inter-sectoriel en matière de maîtrise de la croissance démographique.

Ce programme qui s'inscrit dans le cadre de l'application des résolutions du Comité Central relatives à la mise en œuvre d'un programme national d'espacement des naissances se traduira par un ensemble d'actions orientées vers le développement des infrastructures d'accueil et de prestations, l'éducation, l'information et la sensibilisation des familles, les études et recherches quant aux implications de la dynamique de croissance démographique sur la demande sociale.

Conçu dans le respect de nos valeurs nationales et du libre choix du couple, l'application du programme, par ses répercussions positives, aux plans individuel et collectif, sur le bien-être et l'épanouissement de la famille, la qualité de vie et d'environnement social, permettra la réalisation des objectifs de progrès social que notre pays s'est assigné.

Un rapport annuel sera présenté au gouvernement pour évaluer l'état d'avancement des travaux.

ANNEXE 13

EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

ARTICLE 28

L'avortement est interdit et puni conformément aux dispositions contenues dans les articles 304 à 307 et 309 à 313 du code pénal.

Cependant, l'avortement est licite lorsqu'il constitue une mesure thérapeutique indispensable pour sauver la vie de la mère en danger ou préserver sa santé gravement menacée, et qu'il est pratiqué par un médecin ou un chirurgien, après consultation conjointe avec l'un de ses confrères et après avoir informé le directeur de la santé de la wilaya.

ARTICLE 119

La politique nationale en matière d'espacement des naissances par la contraception est basée sur le souci de préserver la santé de la mère et de l'enfant ainsi que l' équilibre mental et social de la famille, en mettant à leur disposition l'ensemble des moyens appropriés et agréés par le Ministre chargé de la Santé Publique sur les plans médical, sanitaire et éducatif.

ARTICLE 120

Aucune contrainte ne peut être admise en matière d'espacement des naissances ; aucun moyen ou procédé contraire aux dispositions légales en vigueur ne peut être utilisé au su ou à l'insu du couple.

ARTICLE 414

Il ne peut être procédé à un avortement thérapeutique qu'en application des dispositions prévues à l'article 28 du présent code, et lorsque la vie de la mère se trouvant en danger, ou sa santé gravement menacée, cette opération permet d'espérer de sauver la vie de la mère.

On entend par avortement thérapeutique, l'interruption provoquée de la grossesse, dans un but thérapeutique, avant la date de viabilité fœtale.

En cas d'avortement thérapeutique et hors le cas d'extrême urgence, le médecin a l'obligation de se conformer aux règles suivantes :

1° — si la malade, dûment prévenue de la gravité du cas, refuse l'intervention, le médecin doit s'incliner devant la volonté librement exprimée de sa malade ;

2° — si le médecin, en raison de ses convictions, estime qu'il lui est interdit de pratiquer l'avortement, il peut se retirer en assurant la continuité des soins par un confrère qualifié.

ANNEXE 14

MINISTERE DE LA PLANIFICATION
ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE

CODE DES CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

	Code
Agriculteurs et éleveurs	1
Patrons employeurs non agricoles	2
Professions libérales (avocats, médecins en cabinet)	3
Cadres moyens et supérieurs	4
Employés	5
Artisans, commerçants, transporteurs et autres indépendants	6
Ouvriers qualifiés non agricoles	7
Coopérateurs et ouvriers agricoles	8
Ouvriers spécialisés et manœuvres non agricoles	9
Autres et mal déclarés	10

Centre de Documentation
O. P. U.
HYDRA

Achevé d'imprimer sur les presses
de l'OFFICE DES PUBLICATIONS
UNIVERSITAIRES
1, Place Centrale de Ben Aknoun (Alger)